

## TABLA DE CONTENIDOS

Bienvenido a Hamaspik CHOICE .....	2
Elegibilidad y fechas efectivas de cobertura .....	3
New York Independent Assessor y el Proceso de evaluación .....	4
Inscripción.....	5
Paquete de beneficios de servicio.....	7
Acceso a servicios .....	16
Selección de proveedores .....	18
Gestión de cuidado.....	19
Autorizaciones de servicio, acciones y apelaciones .....	21
Reclamos y apelaciones a reclamo .....	29
Cancelar suscripción en Hamaspik Choice.....	31
Reducción de gastos de Medicaid .....	34
Protección de veteranos .....	35
Competencia lingüística y cultural .....	35
Derechos y responsabilidades.....	36
Money Follows the Person/Open Doors.....	38
Instrucciones avanzadas .....	39
Información adicional disponible a petición.....	41
Apéndice: Notificación de prácticas de privacidad.....	42

## Bienvenido a Hamaspik CHOICE

Bienvenido al Plan de Atención a Largo Plazo Controlada (MLTC) de Hamaspik CHOICE. El plan MLTC está especialmente diseñado para personas que tienen Medicaid y que necesitan atención de salud y servicios y apoyos comunitarios a largo plazo (CBLTSS), como atención domiciliar y atención personal, para permanecer en sus hogares y comunidades el mayor tiempo posible.

¡Nos complace que usted haya escogido formar parte de nuestro plan!

Este manual le indica sobre los beneficios que el plan MLTC de Hamaspik Choice cubre, desde su inscripción en el plan. También le indica cómo solicitar un servicio, presentar una queja o cancelar su inscripción en Hamaspik Choice. Conserve esta notificación para futuras referencias. Incluye información importante con respecto a Hamaspik Choice.

### **AYUDA DE SERVICIOS PARA MIEMBROS**

Puede llamarnos en cualquier momento, las 24 horas del día, los siete días de la semana, al número de Servicios para Miembros que aparece a continuación. Hay alguien para ayudarlo en Servicios para Miembros.

Llame al: 855-552-4642  
Los usuarios TTY deben llamar al: 711.  
De lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.

Si necesita ayuda en otros momentos, puede llamarnos al mismo número telefónico y podrá comunicarse con nuestro personal de servicio.

Puede recibir la información en otro idioma o en un formato diferente en caso de que tenga problemas de visión. Llame a Servicios para Miembros y el personal podrá ayudarlo. Estos servicios están disponibles para usted sin costo alguno.

## Elegibilidad y fechas efectivas de cobertura

La inscripción en Hamaspik Choice es voluntaria. Usted debería tomar una decisión informada para escribirse y podría elegir dar término a su membresía en cualquier momento. Usted es elegible para el plan MLTC si usted:

- 1) Tiene 18 años o es mayor,
- 2) Reside en el área de servicio del plan, que incluye los siguientes condados de Nueva York:
  - Bronx
  - Dutchess
  - Kings (Brooklyn)
  - Nassau
  - New York (Manhattan)
  - Orange
  - Putnam
  - Queens
  - Richmond (Staten Island)
  - Rockland
  - Suffolk
  - Sullivan
  - Ulster
- 3) Tiene Medicaid,
- 4) Tiene Medicaid solamente y es elegible para nivel de atención en residencia de ancianos o tiene entre 18 y 20 años y posee Medicaid y Medicare.
- 5) Es capaz, en el momento de la inscripción, de regresar de o permanecer en su domicilio y comunidad sin poner en riesgo su salud e integridad, y
- 6) Tiene la necesidad de solicitar al menos uno de los siguientes servicios y apoyos comunitarios a largo plazo (CBLTSS) cubiertos por el plan MLTC para un periodo continuo de más de 120 días a partir de la fecha de inscripción:
  - Servicios de enfermería en el hogar
  - Terapias en el hogar
  - Servicios de asistencia de salud a domicilio
  - Servicios de atención personal en casa
  - Atención sanitaria de día para adultos
  - Enfermería privada; o
  - Servicios de Asistencia Personal Avocados al Consumidor

La cobertura descrita en este manual entra en vigencia en la fecha de vigencia de su inscripción en el plan MLTC de Hamaspik Choice. La inscripción en un plan MLTC es voluntaria.

## New York Independent Assessor y el Proceso de evaluación inicial

**A partir del 16 de mayo de 2022**, el Centro de Evaluación e Inscripción sin Conflictos (CFEEC) se conoce actualmente como el New York Independent Assessor (NYIA). El NYIA gestiona el proceso de evaluación inicial para todos los planes MLTC. NYIA comenzará las evaluaciones iniciales expeditas en una fecha ulterior.

El proceso de evaluación inicial comprende dos etapas de evaluación:

- **Evaluación de salud comunitaria (CHA):** El CHA está compuesto de un profesional de enfermería y se utiliza para ver si usted requiere de cuidados personales o de servicios de asistencia personal avocados al consumidor (PCS/CDPAS) y es elegible para inscripción en un plan de atención a largo plazo controlada.
- **Cita clínica y orden de facultativo (PO):** Después del CHA, personal clínico del NYIA completará una cita clínica y PO unos días más tarde. La PO documenta su cita clínica e indica que usted:
  - tiene una necesidad de ayuda con actividades cotidianas, y
  - que su condición médica es estable, por lo que podría recibir PCS y/o CDPAS en su hogar.

El NYIA se encargará de agendar CHA y la cita clínica. La evaluación CHA será completada por un enfermero profesional registrado (RN). Después del CHA, personal clínico del NYIA completará una cita clínica y PO unos días más tarde.

Hamaspik Choice utilizará la evaluación CHA y los resultados de PO para ver qué tipo de ayuda usted necesita y crear su plan de atención.

Si su plan de atención propone PCS y/o CDPAS por un periodo superior a 12 horas al día en promedio, se necesitará de una revisión del Panel de Revisión Independiente (IRP) de NYIA. El IRP es un panel de profesionales médicos que revisarán su CHA, PO, plan de atención y cualquier otra documentación médica. Si requiere de más información, alguien en el panel puede examinarle o discutir sus necesidades con usted. El IRP procederá a emitir una recomendación a Hamaspik Choice acerca de si el plan de atención cumple con sus necesidades.

Una vez que el NYIA complete los pasos de evaluación inicial y determine que usted es elegible para Atención a largo plazo controlada de Medicaid, usted luego debe decidir en qué plan de atención a largo plazo controlada desea inscribirse.

## Inscripción

Hay varios pasos para inscribirse en Hamaspik Choice. El proceso lo incluye a usted, su familia, su médico, NYS Medicaid Choice y Hamaspik Choice. El proceso incluye los siguientes pasos:

- Cualquier que pueda contactarnos: usted, su familia, un amigo, un proveedor médico; con el objetivo de notificar su interés en Hamaspik CHOICE. Cuando se nos informa de que usted tiene interés en aprender más acerca del programa, un integrante del personal de Hamaspik CHOICE se comunicará con usted para programar una visita con uno de nuestros profesionales de enfermería de inscripción.
- Durante la visita de inscripción, la enfermera le explicará más sobre el plan MLTC de Hamaspik Choice y le proporcionará información escrita sobre el programa. Aquí se le explicará también cómo acceder a los servicios en el plan MLTC y le daremos una lista de los proveedores de la red de Hamaspik Choice.
- Junto con sus resultados, se designará un Plan de Servicio Centrado en la Persona (o “PCSP”) para cumplir con sus necesidades de atención médica.
- La enfermera de inscripción o su Gestor de cuidado podría contactar a su médico para discutir su PCSP en caso de ser necesario. Si desea que analicemos su PCSP con otras personas involucradas en su atención, háganoslo saber.
- Si usted decide unirse a Hamaspik Choice, deberá firmar un Contrato de inscripción. Su inscripción debe tener aprobación de New York Medicaid Choice, el departamento de servicios sociales local (LDSS) u otra entidad según lo designado por el Departamento de Salud del Estado de New York.
- Nota: Si usted comienza el proceso de inscripción y cambia de opinión, podría retirar su acuerdo de inscripción al mediodía del día 20 del mes previo a la fecha efectiva de inscripción.

Se le podría denegar la inscripción por cualquiera de los siguientes motivos:

- Usted no cumple con uno o más de los requisitos de elegibilidad, según lo enunciado en la página 5;
- Usted anteriormente ha sido desvinculado de Hamaspik CHOICE de forma involuntaria y las circunstancias involucradas en su desvinculación no han cambiado.

Hamaspik CHOICE no discrimina ilegalmente en la inscripción o la prestación de servicios en función de la edad, el sexo, la raza, la identidad de género (incluida la condición de transgénero), el credo, la religión, la discapacidad física o mental,

incluida la disforia de género, la orientación sexual, la fuente de pago, tipo de enfermedad o condición, necesidad de servicios de salud, o lugar u origen.

### **Fechas efectivas de inscripción**

Si firma su Acuerdo de inscripción antes del día 20 del mes y su inscripción es aprobada por NY Medicaid Choice o una entidad designada por el DOH, su inscripción entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Si firma el Acuerdo de inscripción después del día 20 del mes, su inscripción se efectuaría un mes después, en el primer día del mes siguiente.

Después de su inscripción, recibirá una tarjeta de identificación de miembro de Hamaspik CHOICE. Recuerde conservar su tarjeta de seguros de terceros, Medicare y Medicaid también. Para utilizar en servicios no cubiertos por Hamaspik CHOICE que puedan tener cobertura por estos demás programas de seguro.

### **Continuidad de la atención**

Si está realizando la transición de un programa a largo plazo para la comunidad de Medicaid, usted seguirá recibiendo los servicios en virtud de su plan de servicio preexistente durante al menos 90 días después de la inscripción. Sus servicios recibirán autorización para el mismo nivel, alcance y cantidad según los recibía a través de Medicaid.

Si se inscribe en Hamaspik CHOICE porque su Plan MLTC anterior cerró, redujo su área de servicio o se fusionó con otro Plan MLTC, tiene derecho a mantener su Plan de Servicio del Centro de Personas anterior hasta 120 días después de la inscripción. Sus servicios recibirán autorización para el mismo nivel, alcance y cantidad según los recibía a través de su antiguo Plan MLTC.

Durante el período de transición de 90 o 120 días (según las circunstancias descritas anteriormente), Hamaspik CHOICE completará una evaluación de sus necesidades. Si Hamaspik Choice decide cambiar los servicios autorizados, usted recibirá una notificación de acción, la cual articula su derecho a presentar una apelación. Usted tendrá el derecho de seguir recibiendo los mismos servicios cuando solicite una apelación o audiencia imparcial.

## Paquete de beneficios de servicio

### Servicios de Administración de Atención

Como miembro de nuestro plan, recibirá Servicios de Administración de Atención. Nuestro plan le proporcionará un administrador de atención que es un profesional de atención médica: generalmente una enfermera o un trabajador social. Su administrador de atención trabajará con usted y su médico para decidir los servicios que necesita y desarrollar un plan de atención. Su administrador de atención también le ayudará a coordinar citas para cualquier servicio que necesite y coordinará el transporte a esos servicios.

Nuestros gestores están disponibles las 24 horas del día, los 365 días del año. Si necesita asistencia cuando nuestras oficinas se encuentren cerradas, llame a nuestro número principal (855-552-4642) y el personal de servicio podrá ayudarle.

### Servicios MLTC cubiertos

Debido a que tiene Medicaid y califica para MLTC, nuestro plan coordinará y pagará los servicios sociales y de salud que se describen a continuación. Puede obtener estos servicios siempre que sean médicamente necesarios. Esto significa que los servicios son necesarios para prevenir 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. (Para estos servicios, su administrador de atención le ayudará a obtener la información que es necesaria de su médico).

Los siguientes servicios se entregan mediante proveedores contratados que han aceptado trabajar con Hamaspik CHOICE. Se describen en mayor detalle en la siguiente sección de este manual.

- Atención sanitaria de día para adultos
- Audiología y Audífonos
- Servicios de asistencia avocados al consumidor
- Odontología
- Equipo médico duradero
- Atención domiciliaria (incluida enfermería, asistente de salud en el hogar, terapia física, terapia ocupacional, patología del habla y servicios sociales médicos)
- Comidas entregadas en casa y comidas grupales
- Transporte médico no considerado de emergencia
- Cuidado en residencia de ancianos
- Nutrición
- Optometría y lentes
- Cuidado personal
- Sistema de respuesta a emergencias personales
- Podiatría
- Terapias de rehabilitación (Terapia física, terapia ocupacional,

terapia del habla u otras terapias que se entreguen en un entorno que no sea el hogar).

- Terapia respiratoria
- Enfermería privada
- Centro de Atención Social para Adultos
- Apoyos sociales y ambientales

Todos los servicios enumerados anteriormente requieren de aprobación previa, salvo por los siguientes servicios:

- Audiología; examen de rutina una vez al año
- Cuidado dental; exámenes de rutina dental hasta dos veces al año y cuidado dental de emergencia
- Exámenes de optometría y anteojos: examen de optometría de rutina (que incluye refracción) y lentes de prescripción para marcos de anteojos conforme a las tarifas de Medicaid una vez cada dos años
- Consulta de podología: una vez al año para aquellos miembros cuya condición lo requiera.

### **Más acerca de los servicios y beneficios de Hamaspik CHOICE**

**Atención sanitaria de día para adultos:** Los servicios de atención médica diurna para adultos se brindan en un centro de atención médica residencial o en un sitio aprobado por el estado. Los servicios que se brindan en una instalación de atención médica diurna para adultos pueden incluir: servicios médicos, de enfermería, alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de tiempo libre, servicios dentales, farmacéuticos y otros servicios complementarios.

**Servicios de Asistencia Personal Avocados al Consumidor (CDPAS)** La prestación de asistencia total o parcial con servicios de cuidado personal, servicios de asistencia médica domiciliaria y tareas de enfermería especializada por parte de un asistente personal dirigido por el consumidor bajo la instrucción, supervisión y dirección del Miembro o el representante designado del Miembro. A los asistentes personales se les paga a través de un Intermediario Fiscal, que es una empresa que tiene un contrato con Hamaspik Choice para administrar los salarios y beneficios de estos trabajadores.

Para participar de los servicios de asistencia personal dirigidos al consumidor, usted debe cumplir los siguientes requisitos de elegibilidad:

- Tener una condición médica estable;
- Ser autodirigido o, si no es autodirigido, tener un representante designado
- Estar dispuesto y ser capaz de cumplir con las responsabilidades del miembro o tener un representante designado que esté dispuesto y sea capaz de cumplir tales responsabilidades; y
- Participar según sea necesario, o disponer de un representante que así lo haga, en los procesos de evaluación y reevaluación requeridos.

Cuando se inscriba en Hamaspik CHOICE, hablaremos con usted sobre CDPAS como un beneficio de salud voluntario que está disponible en su plan MLTC. Hable con su administrador de atención si desea aprender más sobre CDPAS.

**Servicios dentales:** Su gestor de cuidado de Hamaspik CHOICE puede ayudarle con la selección de un dentista o a realizar una cita, si así lo desea.

- Hamaspik CHOICE tiene contrato con la red de servicios dentales DentaQuest
- Con la ayuda de su administrador de cuidado, puede elegir un proveedor en su área que tenga un contrato con Hamaspik CHOICE para proporcionarle servicios.
- Al concertar citas, informe a la oficina que Hamaspik CHOICE es su plan de cuidado a largo plazo controlado (MLTCP)
- Traiga su tarjeta de identificación de Hamaspik CHOICE a la cita
- No se requiere aprobación previa para exámenes de rutina dental hasta dos veces al año y cuidado dental de emergencia
- Jamás se le debe pedir que pague de su bolsillo cualquier costo asociado a su atención. Avísele a su gestor de cuidado si *alguna* vez le solicitan realizar pagos a un proveedor. Sus costos deberían estar *plenamente* cubiertos por Hamaspik CHOICE.

**Equipo médico duradero (DME):** Hamaspik CHOICE coordina la entrega de equipo médico duradero (DME). El DME describe los dispositivos y equipos que son ordenados por un profesional para su uso en el hogar y que se utilizan para el tratamiento de una afección médica específica. DME posee las siguientes características:

1. Puede admitir el uso reiterado para un período prolongado
2. Se utiliza principal y habitualmente para fines médicos
3. Por lo general no es útil en la ausencia de una enfermedad o lesión y
4. Por lo general, no está equipado, diseñado o pensado para el uso de un individuo en particular.

Esta categoría de servicios también incluye: Suministros médicos y quirúrgicos, baterías para prótesis auditivas, prótesis, aparatos ortopédicos, calzado ortopédico y terapia respiratoria, incluido el oxígeno y suplementos nutricionales.

- **Suministros médicos y quirúrgicos:** Hamaspik CHOICE coordinará con sus profesionales de atención de salud respecto a los suministros médicos y quirúrgicos necesarios. Estos son artículos para uso médico que no corresponden a medicamentos, aparatos y dispositivos protésicos u

ortopédicos, equipo médico duradero o calzado ortopédico que haya sido solicitado por un profesional en el tratamiento de una condición médica específica y que generalmente son consumibles, no reutilizables, desechables, para un propósito específico y generalmente no tienen un valor recuperable

- **Terapia respiratoria y oxigenoterapia:** Hamaspik CHOICE garantizará que estos servicios se entreguen por un terapeuta respiratorio calificado.
- **Prótesis y ortopédicos:** Hamaspik CHOICE coordinará la entrega de dispositivos y aparatos protésicos. Los aparatos protésicos son dispositivos que sustituyen cualquier parte faltante del cuerpo. Los aparatos y dispositivos ortopédicos son dispositivos que se usan para apoyar una parte del cuerpo débil o deformada o para restringir o eliminar el movimiento en una parte enferma o lesionada del cuerpo. El calzado ortopédico son zapatos, modificaciones de zapatos o adiciones a los zapatos que se usan para corregir, acomodar o prevenir una deformidad física o un mal funcionamiento del rango de movimiento en una parte afectada o lesionada del tobillo o pie; para soportar una estructura débil o deformada del tobillo o pie o para formar parte integral de una abrazadera.
- **Formula Enteral y Suplementos Nutricionales:** Según las pautas de Medicaid, la cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limita a las personas que no pueden obtener nutrición por otros medios, y solo en las siguientes condiciones:
  - (1) Personas alimentadas por sonda que no pueden masticar o tragar alimentos y deben obtener nutrición a través de fórmula por sonda; y
  - (2) Personas con trastornos metabólicos congénitos raros que requieren fórmulas médicas específicas para proporcionar nutrientes esenciales que no están disponibles por ningún otro medio.
  - (3) La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos incluirá productos alimenticios sólidos modificados que sean bajos en proteínas o que contengan proteínas modificadas.

**Exámenes oculares y lentes:** Hamaspik CHOICE tiene contrato con la red de servicios de vista EyeQuest para servicios de visión que contemplan servicios de optometría tales como exámenes oculares y gafas.

- Con la ayuda de su administrador de cuidado, puede elegir un proveedor en su área que tenga un contrato con Hamaspik CHOICE para proporcionarle sus servicios.
- Al concertar citas, informe a la oficina que Hamaspik CHOICE es su plan de cuidado a largo plazo controlado (MLTCP)
- Usted es elegible para un examen ocular y un par de anteojos cada dos años.

**Exámenes de audición y audífonos:** Los exámenes de audición y audífonos se proporcionan por audiólogos. Usted puede visitar un audiólogo para un examen de audición rutinario una vez al año sin autorización. Sin embargo, si cree que podría necesitar un examen de audición, consulte con su gestor de cuidado. Podríamos solicitarle que vea a su doctor en primera instancia, para asegurar que no haya otro problema de salud que afecte su capacidad de escuchar.

- Si necesita una evaluación para audífonos, debe obtener una referencia de su médico antes de recibir la evaluación.
- Si necesita audífonos o cualquier otro servicio de audiología, hable con su administrador de atención para obtener la autorización para dichos servicios.
- Productos incluidos con audífonos incluyen:
  - Audífonos;
  - Moldes de orejas;
  - Baterías;
  - Accesorios especiales; y
  - Piezas de repuesto.

**Comidas entregadas en casa:** Hamaspik CHOICE puede autorizar comidas a domicilio o en grupo de acuerdo con su PCSP.

**Servicios de atención de salud a domicilio:** Hamaspik CHOICE coordinará la provisión de servicios, que puede incluir atención de enfermeras, trabajadores sociales, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas. Estos servicios se brindan para ayudar a prevenir, rehabilitar, guiar y/o resguardar su salud.

**Transporte médico no considerado de emergencia.** Hamaspik CHOICE organizará y pagará sus servicios de transporte que no sean de emergencia para recibir la atención médica necesaria que reembolsa Hamaspik CHOICE, Medicaid o Medicare. Los servicios serán proporcionados por ambulancia, carro de emergencias o servicios de automóvil según sus necesidades. Si necesita transporte en ambulancia, Hamaspik CHOICE solo utilizará proveedores aprobados de Medicaid.

Siga las instrucciones importantes para solicitar transporte:

- El transporte proporcionado por Hamaspik CHOICE es para citas médicas que no se consideren de emergencia. Si está enfermo y necesita ir al hospital o a la sala de emergencias, llame al 911 inmediatamente.
- Todas las solicitudes de transporte deben realizarse con al menos 2 días hábiles de anticipación.
- Cuando llame para solicitar transporte, tenga a mano el nombre del médico,

la especialidad y el número de teléfono. Necesitaremos esta información para agendar su viaje.

- Nuestro departamento de servicios para miembros hará la confirmación de la cita llamando a la ubicación del servicio para verificar su cita.
- Llame a nuestro departamento de transporte tan pronto como sea posible, si hay algún cambio realizado en la fecha/hora de su cita
- Tratamos de satisfacer las solicitudes de proveedores de transporte específicos; las adaptaciones siempre se realizan en base a la disponibilidad del proveedor.
- Si necesita ver un especialista fuera del condado, su PCP local deberá completar un *Formulario fuera del condado* que explica la razón por la cual es necesario que usted viaje fuera del condado para recibir sus servicios. Las solicitudes para viajes fuera del condado deben hacerse con al menos 10 días de anticipación.
- Para programar su viaje, llame solo durante horas comerciales de lunes a viernes entre 9:00 AM-5:00 PM
- Usted también puede programar transporte en línea en nuestro sitio web [www.hamaspikchoice.org](http://www.hamaspikchoice.org)

**Cuidado en residencia de ancianos:** Puede haber ocasiones en que Hamaspik CHOICE, en consulta con usted, su familia y sus médicos, determine que es necesario que usted permanezca en un asilo de ancianos. Si esto ocurre, su administrador de atención lo ayudará a organizar su ingreso a un asilo de ancianos en una habitación semiprivada.

Las habitaciones privadas tienen cobertura solo si es médicamente necesario. Hamaspik CHOICE no cubre artículos no médicos tales como cargas de teléfono o alquiler de televisión. Si requiere una colocación permanente en un hogar de ancianos, su elegibilidad para Medicaid pasará de "comunidad" a "institucional". Si el

Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS) determina que no es elegible para la cobertura institucional, se requiere que Hamaspik CHOICE, inicie una cancelación involuntaria de la inscripción.

- Nota: La atención en un hogar de ancianos está cubierta para las personas que se consideran una colocación permanente durante al menos tres meses. Después de ese período de tiempo, su atención en el hogar de ancianos puede estar cubierta a través de Medicaid regular y se cancelará su inscripción en Hamaspik Choice.

**Servicios nutricionales:** Los nutricionistas de la red de Hamaspik CHOICE pueden evaluar sus necesidades dietéticas para garantizar que su dieta se adhiera a sus necesidades.

**Cuidado personal:** Hamaspik CHOICE, coordinará la provisión de cuidado personal y lo ayudará con actividades como baños, higiene personal, vestirse, preparación de comida y comer, y otras ayudas dentro de casa, según lo determine una evaluación de sus necesidades.

**Sistema de respuesta a emergencias personales (PERS):** PERS es un dispositivo electrónico que le permite llamar para solicitar asistencia en una emergencia sin tener que buscar un teléfono.

**Enfermería privada (PDN):** Hamaspik CHOICE, coordinará los servicios de PDN a los afiliados en su lugar de residencia permanente o temporal, a cargo de enfermeras profesionales o enfermeras de práctica (RN o LPN) con licencia profesional, de acuerdo con las órdenes de los médicos.

**Terapia de rehabilitación:** Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios de Hamaspik CHOICE, pueden brindarse en las ubicaciones para pacientes ambulatorios, según sus necesidades. Estos servicios incluyen: Terapia física, terapia ocupacional y patología del habla y el lenguaje, que son servicios de rehabilitación, terapia ocupacional o patología del habla y el lenguaje con el propósito de reducir al máximo la discapacidad física o mental y restaurarlos a su mejor nivel funcional.

**Podiatría/cuidado de pies:** El cuidado de los pies lo proporcionan los podólogos autorizados que figuran en la red de proveedores de Hamaspik CHOICE. El cuidado de rutina de los pies, el tratamiento de durezas y callos, corte de uñas y otras atenciones de higiene tales como la limpieza o el remojo de los pies podría tener cobertura por el departamento clínico de Hamaspik CHOICE en caso de considerarse necesario. No se requiere de autorización o aprobación previa para la consulta de podología una vez al año para aquellos miembros cuya condición lo requiera.

**Apoyos sociales y ambientales:** Los apoyos sociales y ambientales incluyen, entre otros, los siguientes: cuidado de relevo, tareas de mantenimiento del hogar, servicios de tareas, control de plagas y modificaciones de la vivienda para mejorar la seguridad.

**Atención social de día:** El cuidado social diurno es un programa estructurado que le brinda socialización, supervisión, monitoreo y nutrición en un entorno de protección. También puede recibir servicios como la mejora de las habilidades de la vida diaria, el cuidado personal, el transporte y la asistencia de los cuidadores.

### **Pago de proveedores para servicios cubiertos**

Hamaspik CHOICE es responsable de pagar por los servicios cubiertos. Usted no es responsable del pago por los servicios cubiertos, siempre y cuando tengan su autorización. Si alguna vez recibe una factura por los servicios cubiertos, informe a su administrador de atención lo antes posible, para que podamos corregir rápidamente este error.

Además, si tiene un seguro de salud de terceros, háganoslo saber para que podamos coordinar sus beneficios para los servicios cubiertos.

### **Servicios médicos no cubiertos por nuestro plan**

Hay algunos servicios de Medicaid que Hamaspik Choice no cubre, pero que podrían tener cobertura por Medicaid regular. Puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid utilizando su Tarjeta de Beneficios de Medicaid. Llame a Servicios para Miembros al 855-552-4642, si tiene alguna pregunta con respecto a si un beneficio está cubierto por Hamaspik Choice o Medicaid. Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid mediante su Tarjeta de Beneficios de Medicaid incluyen:

#### **Farmacia**

- La mayoría de los medicamentos con y sin receta, así como los compuestos con receta están cubiertos por Medicaid regular o Medicare Parte D si tiene Medicare.

#### **Ciertos Servicios de Salud Mental, incluyen:**

- Tratamiento de Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva
- Tratamiento Diurno
- Gestión de Caso para Personas Gravemente Enfermas o con Enfermedad Mental Persistente (patrocinado por unidades de salud mental locales o estatales)
- Atención Parcial de Hospital no Cubierta por Medicare
- Servicios de Rehabilitación para personas en hogares comunitarios o en tratamiento familiar
- Tratamiento Diurno Continuo
- Tratamiento Comunitario Asertivo
- Servicios Orientados a la Recuperación Personal

#### **Ciertos servicios por discapacidades intelectuales y del desarrollo, incluidos:**

- Terapias de largo plazo
- Tratamiento Diurno
- Coordinación de servicio de Medicaid
- Servicios Recibidos bajo la exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad

#### **Otros Servicios de Medicaid, incluidos:**

- Tratamiento con Metadona
- Terapia Observada Directa para la Tuberculosis (TB)
- Gestión de Casos COBRA para VIH
- Planificación familiar (incluidos ciertos medicamentos que propicien la ovulación médicamente necesarios, cuando se cumplan los criterios)

### **Servicios No Cubiertos por Hamaspik Choice o Medicaid**

Debe pagar por los servicios que no están cubiertos por Hamaspik Choice o por Medicaid, si su proveedor le informa con anticipación que el servicio no está cubierto Y usted acepta pagar por el servicio. Algunos ejemplos de servicios no cubiertos por Hamaspik Choice o Medicaid incluyen:

- Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria
- Artículos personales y de comodidad
- Servicios de un proveedor que no sea parte del plan (a menos que le envíen a ese proveedor)

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 855-552-4642.

## Acceso a servicios

Puede acceder a Hamaspik CHOICE, las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año llamando al (855) 552-4642 en cualquier momento. Su Plan de Servicio Centrado en la Persona (o "PCSP") especifica los servicios que usted recibirá. Consulte la sección Administración de cuidado de este manual para obtener más información sobre su PCSP. Hamaspik CHOICE también coordinará los servicios que usted requiere, independiente si tienen o no cobertura.

Hamaspik CHOICE le solicita que nos notifique sobre cualquier servicio no cubierto que esté recibiendo dentro de dos días hábiles de haber recibido el servicio, para que esta información pueda incluirse en su PCSP. Si se nos notifica con al menos 48 horas de anticipación, podemos organizar el transporte adecuado desde y hacia el proveedor del servicio y garantizar la entrega perfecta de los servicios. Si está hospitalizado, es importante que nos informe, porque podemos coordinar su plan de alta y asegurarnos de que reciba los servicios que necesita cuando regrese a casa.

### **Cuidado de urgencia**

Si necesita atención de urgencia, llame a su doctor. La atención de urgencia corresponde a cualquier servicio que sea médicamente necesario para prevenir un deterioro grave en su salud como resultado de una enfermedad o lesión imprevista, cuando debe ser atendido antes de lo que se puede programar una visita médica de rutina.

Háganos saber lo antes posible que ha solicitado atención de urgencia para que podamos realizar los cambios necesarios en su PCSP.

### **Cuidado de urgencia**

Servicios de emergencia se refiere a los servicios médicamente necesarios que se requieren para evaluar y estabilizar una condición médica de emergencia. Una condición de emergencia significa que usted tiene una condición médica o de comportamiento, cuyo inicio es repentino, que se manifiesta por síntomas de suficiente gravedad, incluido dolor intenso, que una lea prudente, que posee un conocimiento promedio de medicina y salud, podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata podría: (1) puede poner su salud en grave peligro o, en el caso de una condición conductual, poner su salud o la de otras personas en grave peligro; (2) perjudicar gravemente sus funciones corporales; (3) provocar una disfunción grave de cualquier órgano del cuerpo o parte de usted; o (4) desfigurarle seriamente.

No está obligado a obtener la aprobación previa de Hamaspik CHOICE para el tratamiento de afecciones médicas de emergencia. Si requiere Servicios de emergencia, llame al 911 de inmediato. Escuche las preguntas cuidadosamente, responda sus preguntas y siga cualquier instrucción que le hayan dado. Si el

despachador determina que usted tiene una emergencia médica, dispondrán de una ambulancia para trasladarlo a la sala de emergencias del hospital más cercano.

### **Si usted está hospitalizado**

En caso de estar hospitalizado, es importante que usted, un familiar o un amigo llame a su administrador de atención de Hamaspik CHOICE tan pronto como sea posible. (Llámenos al: 1-855-55-CHOICE). Nuestro personal reorganizará cualquier servicio programado que pueda perder durante este tiempo, y su administrador de atención comenzará a realizar los cambios necesarios en su PCSP. Cuando le den de alta del hospital, le ayudaremos a evitar cualquier brecha innecesaria en los servicios que necesita. Su administrador de atención también revisará su PCSP y autorizará cualquier servicio nuevo que pueda requerirse al momento del alta.

### **Obtener ayuda durante horas no comerciales**

Siempre lo alentamos a que llame a su Gerente de atención para recibir asistencia. Su Gerente de atención lo conoce mejor a usted y sus necesidades. Sin embargo, si tiene alguna pregunta urgente o necesita asistencia fuera del horario de oficina o durante los fines de semana o días festivos, solo llámenos al número gratuito de atención las 24 horas - 855-552-4642 - y un representante de guardia lo ayudará.

### **Servicio fuera del área de servicio**

Si tiene algún cambio en su estado de salud mientras se encuentra fuera de nuestra área de servicio, debe llamar a su Gerente de atención o al número general de Hamaspik CHOICE y pedir hablar con una enfermera. La enfermera le ayudará en la coordinación de los servicios que necesita.

Siempre que planee estar fuera del área, debe notificar a su Administrador de atención para que podamos ayudarlo a organizar los servicios que sean médicamente necesarios mientras esté fuera del área y podamos suspender su servicio programado regularmente hasta que regrese, y asegurarnos de que los servicios estén disponibles a su regreso cuando los necesite. Usted no puede ausentarse del área de servicio por más de 30 días consecutivos y continuar su inscripción en Hamaspik CHOICE. Se nos exige que iniciemos el proceso de cancelación involuntaria de la inscripción cuando se encuentre ausente por más de 30 días consecutivos (consulte la sección sobre Término de la cobertura).

## Selección de proveedores

Para servicios cubiertos, Hamaspik CHOICE tiene una red de proveedores que brindan atención de alta calidad y están comprometidos con la misión de Hamaspik CHOICE de ayudarlo a ser lo más independiente posible. Se le entrega una lista de proveedores de Hamaspik CHOICE en la evaluación inicial y está disponible en nuestro sitio web en [www.hamaspikchoice.org](http://www.hamaspikchoice.org). El Directorio de Proveedores se actualiza con todos los nuevos proveedores de manera mensual. Además, se puede enviar el Directorio de Proveedores por correo, previa solicitud.

Si desea cambiar de proveedor, llame a su administrador de atención, quien lo ayudará a identificar otro proveedor en nuestra red. Deseamos que esté satisfecho con los servicios que recibe. Si existen otros proveedores que usted querría incluir en nuestra red, háganoslo saber y exploraremos esta opción.

Hamaspik CHOICE se esfuerza por construir y mantener una red de proveedores que pueda brindar servicios de una manera culturalmente competente. Nuestra red de proveedores incluye organizaciones y personas que pueden trabajar con miembros que no hablan inglés y que provienen de diversos orígenes culturales y étnicos y creencias religiosas. Si Hamaspik CHOICE no tiene un proveedor en su red con la capacitación y la experiencia para satisfacer una necesidad de atención médica especializada incluida en su PCSP, aprobaremos los servicios de un proveedor fuera de nuestra red.

Si un proveedor de la red que usted está utilizando dejase de figurar en la red, se lo comunicaremos de inmediato y le ayudaremos a elegir otro proveedor de nuestra red. Si está en medio de un tratamiento, puede continuar con el proveedor por un período de hasta 90 días. Si es un miembro nuevo, puede continuar un tratamiento continuo con un proveedor fuera de la red por un período interino de hasta 60 días. En cualquier caso, se requiere el permiso de Hamaspik CHOICE y depende de la voluntad del proveedor de aceptar el pago de Hamaspik CHOICE y de cumplir con nuestras políticas y procedimientos.

Si necesita servicios de Medicare, tiene la libertad de elegir proveedores para estos servicios. Sin embargo, cuando Medicare deja de pagar por estos servicios, debe emplear un proveedor de la red para que Hamaspik CHOICE siga cubriendo el servicio.

## Gestión de cuidado

El programa de administración de atención de Hamaspik CHOICE garantiza que sus servicios se brinden de una manera que esté diseñada para satisfacer sus necesidades individuales y que esté adecuadamente coordinada. La administración de la atención significa un proceso que lo ayuda a acceder a los servicios cubiertos necesarios según se identifica en el Plan de servicio centrado en la persona (PCSP), descrito en la página siguiente. Los servicios de administración de la atención incluyen referencias, asistencia o coordinación de servicios para usted y control de sus servicios para asegurarse de que sean eficaces al momento de satisfacer sus necesidades.

La administración de la atención se enfoca en sus servicios médicos, sociales, educativos, psicosociales, financieros y de otro tipo que sean necesarios en apoyo del PCSP, independientemente de si los servicios necesarios están incluidos en el Paquete de beneficios o los proporciona alguien más.

Los Administradores de Atención de Hamaspik CHOICE se comprenden de personal que representa una gama de conocimientos y cuentan con los títulos pertinentes, como enfermeras y trabajadores sociales, según sea necesario para satisfacer sus necesidades. Nuestro personal proviene de diversos orígenes culturales y étnicos y creencias religiosas. Si alguna vez no está satisfecho con su administrador de atención, puede solicitar un cambio y haremos todo lo posible para satisfacer su solicitud.

El programa de gestión de la atención incluye los siguientes componentes:

- Le ofrece un mínimo de un contacto telefónico para gestión de cuidado al mes
- Le ofrece un mínimo de una visita a domicilio para gestión de cuidado cada seis (6) meses
- Asegura que el nivel y el grado de administración de la atención, y su Plan de servicio centrado en la persona (PCSP) aborden sus necesidades y se basen en la agudeza y gravedad de sus afecciones físicas y mentales;
- Supervisa su plan de atención para asegurarse de que está recibiendo los servicios que están incluidos y para asegurarse de que los servicios satisfagan sus necesidades;
- Discute con usted sobre las opciones de servicio disponibles, al crear el Plan de atención con usted;
- Cuenta con un tiempo de respuesta máximo de un día hábil para los contactos de afiliado/miembro.

Puede acceder al personal de administración de atención de Hamaspik CHOICE, las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año llamando al (855) 552-4642 en cualquier momento, para solicitar información o servicios de consulta de emergencia.

### **Plan de servicio centrado en la persona (PCSP)**

La planificación de servicios centrada en la persona es una parte importante de la gestión de la atención. Cada miembro de Hamaspik CHOICE tiene un Plan de servicio centrado en la persona particular, que consiste en su plan de atención por escrito que describe sus necesidades y objetivos de salud y atención a largo plazo e incluye todos los servicios autorizados para satisfacer sus necesidades. La planificación de servicios centrada en la persona incluye la consideración de sus necesidades y antecedentes médicos y psicosociales actuales y únicos, así como sus fortalezas individuales, preferencias personales y sistemas de apoyo.

Al desarrollar su PCSP, su administrador de atención hablará con usted sobre sus objetivos y sus necesidades, así como sobre sus preferencias sobre cómo desea recibir sus servicios. Su administrador de atención también puede hablar con su familia u otros cuidadores, como también con su médico, para obtener su opinión. Si hay personas específicas con las que desee consultar su administrador de atención, hágaselo saber.

Su plan de atención se desarrollará dentro de los quince (15) días posteriores a la inscripción o cada reevaluación. Su administrador de atención le pedirá que firme su plan de atención y recibirá una copia para sus registros.

## Autorizaciones de servicio, acciones y apelaciones

Cuando solicita la aprobación de un tratamiento o servicio, se denomina **solicitud de autorización de servicio**. Para elevar una solicitud de autorización de servicio, usted debe contactar a su administrador de atención. Puede comunicarse con el gerente de caso marcando nuestro número de Servicios para Miembros: 855-552-4642. Su proveedor también puede llamar a este número para solicitar una autorización de servicio en su nombre.

Además, usted o su proveedor pueden solicitar una autorización por escrito. Envíe su solicitud a:

Hamaspik Choice  
Attention: Utilization Management 58  
Route 59, Suite #1  
Monsey, NY 10952

Autorizaremos los servicios por un monto determinado y por un período de tiempo específico. A esto se le llama **período de autorización**.

### Autorización Previa

Algunos servicios cubiertos requieren autorización previa (o de aprobación por adelantado) de Hamaspik Medicare Choice, antes de recibirlos o a fin de seguir recibiendo dichos servicios. Usted o su proveedor, o alguien de su confianza puede solicitar esto. Puede contactar a su gerente de atención en la dirección o teléfono indicados anteriormente para solicitar una autorización previa. Los siguientes servicios deben aprobarse antes de que pueda obtenerlos:

- Atención domiciliaria (enfermería, terapias de rehabilitación, trabajo social y servicios de asistencia de salud a domicilio)
- Cuidado personal
- Servicios de Asistencia Personal Avocados al Consumidor (CDPAS)
- Atención sanitaria de día para adultos
- Centro de atención social para adultos
- DME (suministros médicos/quirúrgicos, fórmula Enteral y Parenteral, baterías para prótesis auditivas, prótesis, aparatos y calzado ortopédicos)
- Sistema de respuesta a emergencias personales (PERS)
- Terapia física, terapia ocupacional o terapia de habla, proporcionado en un entorno ambulatorio
- Transporte no considerado de emergencia
- Audífonos y productos asociados
- Terapia respiratoria
- Servicios de nutrición
- Enfermería privada
- Comidas entregadas en casa o almuerzos en un entorno de congregación
- Apoyos sociales y ambientales

## Revisión Concurrente

También puede pedirle a Hamaspik Choice que extienda el alcance del servicio en relación a lo que recibe actualmente. Esto se denomina **revisión concurrente**.

## Revisión en Retrospectiva

En ocasiones, se realizará una revisión de la atención que está recibiendo para verificar si aún la necesita. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya recibió. Esto se denomina **revisión en retrospectiva**. Le informaremos en caso de llevar a cabo estas revisiones.

## ¿Qué sucede después de recibir su solicitud de autorización de servicio?

El plan cuenta con un equipo de revisión para asegurarse de que reciba los servicios que prometemos. Los médicos y enfermeras forman parte del equipo de revisión. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que solicitó sea médicamente necesario y adecuado para usted. Hacen esto al comparar su plan de tratamiento con los estándares médicos aceptables.

Podemos decidir denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por una cantidad menor a la solicitada. Un profesional de la salud calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión será tomada por un colega revisor clínico que puede ser un médico, una enfermera o un profesional de la salud que generalmente brinde la atención que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, llamados **criterios de revisión clínica**, que se utilizan para tomar la decisión sobre acciones asociadas necesidad médica.

Una vez que recibamos su solicitud, la revisaremos según un proceso **estándar** o **rápido**. Usted o su médico pueden solicitar una revisión **acelerada** si se tiene la creencia de que una demora causará un daño grave a su salud. Si denegamos su solicitud de una revisión **acelerada**, le informaremos y manejaremos su solicitud según el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como su condición médica lo requiera, pero a más tardar dentro del plazo indicado a continuación.

## Plazos para solicitudes de autorización previa

- **Revisión estándar:** Emitiremos una decisión en torno a su solicitud dentro de 3 días hábiles posteriores a la fecha en que tengamos toda la información necesaria, aunque tendrá noticias de nosotros a más tardar 14 días calendario después de recibir su solicitud. Le indicaremos durante el día 14 si requerimos de más información.
- **Revisión acelerada:** Tomaremos una decisión y tendrá noticias de nosotros dentro de 72 horas. Le indicaremos dentro de 72 horas si requerimos de más información.

## Plazos para solicitudes de revisión simultáneas

- **Revisión estándar:** Emitiremos una decisión dentro de 1 día hábil una vez que tengamos toda la información necesaria, aunque tendrá noticias de nosotros a más tardar 14 días después de que recibamos su solicitud.
- **Revisión acelerada:** Emitiremos una decisión dentro de 1 día hábil una vez que tengamos toda la información necesaria. Tendrá noticias de nosotros dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Le indicaremos dentro de 1 día hábil si requerimos de más información.

## Si necesitamos más información

En caso de requerir más información para emitir una decisión estándar o acelerada respecto a su solicitud de servicio, los plazos indicados podrían extenderse hasta 14 días. Si esto sucede, haremos lo siguiente:

- Le escribiremos para indicarle qué tipo de información nos hace falta. Si su solicitud se encuentra en estado de revisión *acelerada*, le llamaremos de inmediato y le enviaremos una notificación escrita después.
- Le informaremos por qué la demora es lo mejor para usted.
- Tomaremos una decisión lo más rápido posible cuando recibamos la información necesaria, pero a más tardar 14 días a partir del día en que solicitamos más información.

Usted, su proveedor o alguien de confianza pueden pedirnos una extensión en el plazo para tomar una decisión. Esto podría originarse en el caso de que usted tenga información adicional que brindarle al plan para ayudar a decidir su caso. Puede realizar esto llamando al 855-552-4642 o comunicándose con su administrador de atención. También puede solicitar una extensión por escrito enviando su solicitud a:

Hamaspik Choice  
Attention: Utilization Management 58  
Route 59, Suite #1  
Monsey, NY 10952

Usted o alguien de su confianza puede presentar una queja ante el plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su solicitud. Usted o alguien de su confianza también puede presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

**Si nuestra respuesta es SÍ a todo o parte de lo que solicitó**, autorizaremos el servicio o le daremos el artículo que solicitó.

**Si nuestra respuesta es NO a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una notificación por escrito que explique por qué dijimos que no. Consulte la sección ***¿Cómo presento una apelación a una acción?*** en la página siguiente, en donde se explica cómo presentar una apelación en caso de que no esté de acuerdo con nuestra decisión.

## ¿Qué es una Acción?

Cuando Hamaspik Choice rechace o limite los servicios solicitados por usted o su proveedor; rechace una solicitud de referencia; decida que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; restrinja, reduzca, suspenda o cancele los servicios que ya autorizamos; rechace el pago por los servicios; no proporcione servicios oportunos; o no realice determinaciones respecto a quejas o apelaciones

dentro de los marcos de tiempo estipulados, estos se consideran “acciones” del plan.

Una acción está sujeta a apelación. (Consulte la sección: *¿Cómo presento una apelación a una acción?* para obtener más información).

### Plazo para notificación de acción

Si decidimos rechazar o restringir los servicios que solicitó o si decide no pagar la totalidad o parte de un servicio cubierto, le enviaremos un aviso cuando tomemos nuestra decisión. Si proponemos restringir, reducir, suspender o cancelar un servicio que está autorizado, nuestra carta se enviará al menos 10 días antes de que tengamos la intención de cambiar el servicio.

### Contenidos de la notificación de acción

Cualquier notificación que le enviemos respecto a una acción incluirá:

- Una explicación a la acción emprendida o que pretendemos tomar;
- Explique las razones de la acción, incluido el fundamento clínico, si hubiera;
- Una descripción de su derecho a presentar una apelación ante nosotros (incluido si podría tener un derecho al proceso de apelación externa del Estado);
- Una descripción de cómo presentar una apelación interna y las circunstancias bajo las cuales usted puede solicitar que aceleremos (expeditar) nuestra revisión de su apelación interna;
- Una descripción de la disponibilidad de los criterios de revisión clínica que se contempló para tomar la decisión, si la acción involucró aspectos de necesidad médica o si el tratamiento o servicio en cuestión fue experimental o de carácter investigativo;
- **y**
- Describa la información, si existe, que debe ser proporcionada por usted y/o su proveedor para que nosotros tomemos una decisión respecto a su apelación.

La notificación también le informará sobre su derecho a una apelación y a una Audiencia Imparcial Estatal:

- Le explicará la diferencia entre una apelación y una Audiencia imparcial;
- Dirá que debe presentar una apelación antes de solicitar una Audiencia imparcial; **y**
- Le explicará cómo solicitar una apelación.

Si hemos de restringir, reducir, suspender o dar término a un servicio autorizado, el aviso también le informará sobre sus derechos a que sus servicios continúen mientras se decide su apelación. A fin de que propiciar la continuación de sus servicios, usted debe solicitar una apelación dentro de los 10 días posteriores a la fecha del aviso o la fecha de vigencia prevista de la acción propuesta, si esta fuese posterior.

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

Si no está de acuerdo con una acción que hayamos emprendido, usted puede apelar. Cuando presente una apelación, significa que debemos volver a revisar el motivo de nuestra acción para decidir si estuvimos en lo correcto. Usted puede presentar una apelación a una acción con el plan de forma oral o por escrito. Cuando el plan le envía una carta sobre una acción que está tomando (como negar o limitar los servicios, o no pagar los servicios), debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la notificación. Si estamos reduciendo, suspendiendo o terminando un servicio autorizado y desea que sus servicios continúen mientras se decide su apelación, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días posteriores a la fecha del aviso o la fecha de vigencia prevista de la acción propuesta, si esta es posterior.

## **¿Cómo contacto a mi plan para presentar una apelación?**

Puede contactarnos llamando al 855-552-4642. O puede enviarnos su apelación por escrito a: Hamaspik

Choice  
Attention: Utilization Management 58  
Route 59, Suite #1  
Monsey, NY 10952

La persona que reciba su apelación la registrará, y el personal del plan apropiado supervisará la revisión de la apelación. Le enviaremos una notificación informándole que recibimos su apelación; también le indicaremos cómo se gestionará ésta. Su apelación será revisada por personal clínico capacitado que no estuvo involucrado en la decisión o acción inicial del plan que está apelando.

## **Para algunas acciones puede solicitar continuar el servicio durante el proceso de apelación**

Si está apelando a una restricción, reducción, suspensión o terminación de los servicios que actualmente está autorizado a recibir, puede solicitar una apelación al plan para la continuación de estos servicios mientras se decide su apelación. Tenemos la obligación de continuar su servicio si usted solicita una apelación al plan a más tardar 10 días después de la fecha que figura en el aviso sobre la restricción, reducción, suspensión o finalización de los servicios o la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción propuesta, cualquiera que sea posterior. (Para averiguar cómo presentar una apelación al plan y para pedir asistencia, consulte la sección anterior "**¿Cómo presento una apelación a una acción?**").

Si bien puede solicitar una continuación de los servicios, si la apelación no se decide a su favor, es posible que le solicitemos que pague estos servicios, si se brindaron solo porque solicitó continuar recibéndolos mientras su caso estaba bajo revisión.

## **¿Cuánto tiempo le tomará al plan decidir mi apelación a una acción?**

A menos que su apelación sea acelerada, le daremos a su apelación respecto a la acción emprendida por nuestra parte el tratamiento de apelación estándar. Le enviaremos una decisión por escrito tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero a más tardar 30 días a partir del día en que recibamos una apelación. (El período de revisión puede aumentarse hasta 14 días si usted solicita una extensión o necesitamos más información

y la demora lo beneficia). Durante nuestra revisión, usted tendrá una oportunidad de presentar su caso personalmente y por escrito. También le enviaremos sus registros que formen parte de la revisión de la apelación.

Le enviaremos un aviso sobre la decisión que tomemos respecto a su apelación que identificará la decisión que determinemos y la fecha en que tomamos dicha decisión.

Si revocamos nuestra decisión de rechazar o limitar los servicios solicitados, o restringir, reducir, suspender o cancelar los servicios y estos no fueron proporcionados mientras su apelación estaba pendiente, le proporcionaremos los servicios en disputa tan pronto como lo requiera su condición de salud. En algunos casos, usted puede solicitar una revisión "*acelerada*". (Consulte la sección "**Proceso de apelación acelerada más adelante**").

### **Proceso de apelación acelerada**

Siempre aceleraremos nuestra revisión si la apelación es sobre su solicitud por más de un servicio que ya esté recibiendo. Si usted o su proveedor sienten que tomarse el tiempo para una apelación estándar podría resultar en un problema grave para su salud o su vida, puede solicitar una revisión *acelerada* de su apelación a la acción. Le responderemos con nuestra decisión dentro de 2 horas después de recibir toda la información necesaria. En ningún caso el tiempo para emitir nuestra decisión excederá las 72 horas después de la recepción de su apelación. (El período de revisión puede aumentarse hasta 14 días si usted solicita una extensión o necesitamos más información y la demora lo beneficia).

Si no estamos de acuerdo con su solicitud de acelerar su apelación, haremos todo lo posible para comunicarnos con usted personalmente para informarle que hemos rechazado su solicitud de apelación acelerada y la trataremos como una apelación estándar. Además, le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión de rechazar su solicitud de apelación acelerada dentro de 2 días posteriores a la recepción de su solicitud.

### **Si el plan rechaza mi apelación, ¿qué puedo hacer?**

Si nuestra decisión respecto a su apelación no es totalmente a su favor, el aviso que reciba le explicará su derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid en el Estado de Nueva York y cómo obtener una audiencia imparcial, quién puede comparecer en la audiencia imparcial en su nombre, y para algunas apelaciones, su derecho a solicitar servicios mientras la Audiencia está pendiente y cómo realizar la solicitud.

**Nota: Debe solicitar una Audiencia imparcial dentro de 120 días calendario posteriores a la fecha del Aviso de determinación adversa final.** Si rechazamos su apelación por cuestiones de necesidad médica o porque el servicio en cuestión fue de carácter experimental o investigativo, el aviso también explicará cómo solicitar al Estado de Nueva York una "apelación externa" de nuestra decisión.

## Audiencias imparciales estatales

Si rechazamos su apelación del plan o no logramos emitir una notificación sobre Determinación adversa final dentro de los plazos señalados en la sección “***¿Cuánto tiempo le tomará al plan decidir mi apelación a una acción?***” antes descrita, usted puede solicitar una audiencia imparcial ante el Estado de New York. La decisión de la audiencia imparcial puede invalidar nuestra decisión. Debe solicitar una audiencia imparcial dentro de 120 días calendario posteriores a la fecha del aviso de determinación adversa final.

En caso de que incurramos en la reducción, suspensión o término de un servicio autorizado y usted desee asegurarse de que sus servicios continúen a falta de la audiencia imparcial, debe presentar su solicitud de audiencia imparcial dentro de los 10 días a partir de la fecha del aviso de determinación final adversa.

Sus beneficios continuarán hasta que retire la audiencia imparcial; o el Oficial de audiencias imparciales del estado emita una decisión de audiencia que no esté a su favor, lo que ocurra primero.

Si el Funcionario de Audiencias Imparciales del Estado revierte nuestra decisión, debemos asegurarnos de que reciba los servicios en disputa de inmediato y tan pronto como su condición de salud lo requiera. Si recibió los servicios en disputa mientras su apelación estaba pendiente, seremos responsables del pago de los servicios cubiertos ordenados por el Funcionario de audiencias imparciales.

Aunque puede solicitar la continuación de los servicios mientras espera la decisión de su Audiencia imparcial, si su Audiencia imparcial no se resuelve a su favor, usted podría ser responsable de pagar los servicios que fueron objeto de la Audiencia imparcial.

Usted puede presentar una Audiencia imparcial estatal contactando a la Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidad (OTDA) en cualquiera de las formas a continuación descritas:

- Formulario de solicitud en línea: [Solicitud de audiencia | Audiencias imparciales | OTDA \(ny.gov\)](#)
- Envíe un Formulario de solicitud impreso por correo a:  
NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
Managed Care Hearing Unit  
P.O. Box 22023  
Albany, New York 12201-2023
- Envíe un Formulario de solicitud impreso por fax a: (518) 473-6735
- Solicite por teléfono:
  - Línea de audiencia imparcial estándar – 1 (800) 342-3334
  - Línea de audiencia imparcial de emergencia – 1 (800) 205-0110
  - Línea TTY – 711 (Solicite que el operador llame al 1 (877) 502-6155)

- Solicitud en persona:
  - En la ciudad de New York: Floor  
14 Boerum Place, 1st  
Brooklyn, New York 11201
  - En Albany:  
40 North Pearl Street, 15<sup>th</sup> Floor  
Albany, New York 12243

Para más información respecto a cómo solicitar una Audiencia imparcial visite: <http://otda.ny.gov/audiencia/solicitud/>

### **Apelaciones externas estatales**

Si rechazamos su apelación porque determinamos que el servicio no es médicamente necesario o es experimental o de carácter investigativo, puede solicitar una apelación externa al estado de Nueva York. La apelación externa se decide por revisores que no trabajan para nosotros o el Estado de New York.

Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el Estado de New York. Usted no tiene que pagar por una apelación externa.

Cuando tomamos la decisión de denegar una apelación por falta de necesidad médica o sobre la base de que el servicio es experimental o de carácter investigativo, le proporcionaremos información sobre cómo presentar una apelación externa, incluido un formulario para presentar la apelación externa, junto con nuestra decisión de denegar una apelación. Si desea una apelación externa, debe presentar el formulario ante el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York dentro de cuatro meses posteriores a la fecha en que denegamos su apelación.

Su apelación externa se decidirá dentro de 30 días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta 5 días hábiles) si el revisor de la apelación externa solicita más información. El revisor le dirá a usted y a nosotros la decisión final dentro de dos días hábiles luego de tomar una decisión.

Usted puede obtener una decisión más expedita si su doctor indica que un retraso puede generar un daño grave a su salud. A esto se le denomina apelación externa acelerada. El revisor de la apelación externa decidirá respecto a una apelación acelerada en 72 horas o menos. El revisor le dirá a usted y a nosotros la decisión de inmediato por teléfono o fax. Más adelante, se enviará una carta que indique la decisión.

Usted puede solicitar una Audiencia imparcial y una apelación externa. Si solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión del funcionario de la audiencia imparcial será "la que cuente".

## **Reclamos y apelaciones a reclamo**

Hamaspik Choice siempre hará todo lo posible para resolver sus inquietudes o problemas lo más rápido posible para su satisfacción. Sin embargo, si tiene un problema con alguno de los servicios que recibe por parte de nuestro plan, queremos saber sobre ello, a fin de poder ayudarle a resolverlo. Puede utilizar nuestro proceso de quejas o nuestro proceso de apelación, según el tipo de problema que tenga.

No habrá cambios en sus servicios o en la forma en que lo tratan los empleados de Hamaspik Choice o un proveedor de atención médica a causa de que usted presente una queja o una apelación. Mantendremos su privacidad. Le brindaremos la ayuda que necesite para presentar una queja o apelación. Esto incluye proporcionarle servicios de intérprete o ayuda si tiene problemas de visión y/o audición. Puede elegir a alguien (como un familiar, amigo o proveedor) para que actúe en su nombre.

Cómo presentar un reclamo, llame a: 855-552-4642 y un integrante del personal de Servicios para Miembros le transferirá con el departamento de reclamos. Usted puede presentar su reclamo por escrito a:

Hamaspik Choice  
Attention: Grievances  
58 Route 59, Suite #1  
Monsey, NY 10952

Cuando se comunique con nosotros, deberá proporcionarnos su nombre, dirección, número de teléfono y los detalles del problema. Si su reclamo es con un proveedor, háganos saber el nombre del proveedor también.

### **¿Qué es un Reclamo?**

Una queja es cualquier comunicación que usted nos envíe sobre insatisfacción con respecto a la atención y el tratamiento que recibe de nuestro personal o proveedores de servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien fue grosero con usted o si no le gusta la calidad de la atención o los servicios que ha recibido de nosotros, puede presentar una queja con nosotros.

### **El proceso de reclamo**

Usted puede presentar un reclamo de forma oral o por escrito ante nosotros. La persona que reciba su queja la registrará, y el personal del plan apropiado supervisará la revisión de la queja. Le enviaremos una carta que indique la recepción de su reclamo y una descripción de nuestro proceso de revisión. Revisaremos su queja y le daremos una respuesta por escrito dentro de uno de los dos plazos.

- Si un retraso supone un aumento significativo del riesgo para su salud, decidiremos dentro de 48 horas posteriores a la recepción de la información necesaria, pero el proceso se completará dentro de los 7 días posteriores a la recepción de la queja.

- Para todos los demás tipos de quejas, le notificaremos nuestra decisión dentro de 45 días posteriores a la recepción de la información necesaria, pero el proceso debe completarse dentro de 60 días posteriores a la recepción de la queja.
- El período de revisión puede aumentarse hasta 14 días si usted lo solicita o si necesitamos más información y la demora lo beneficia.

Nuestra respuesta describirá lo que encontramos cuando revisamos su queja y nuestra decisión sobre su reclamo.

### **¿Cómo apelo a una decisión sobre un reclamo?**

Si no está satisfecho con la decisión que tomamos respecto a su queja, puede solicitar una segunda revisión de su problema presentando una apelación de reclamo. Usted debe presentar una apelación de reclamo de manera oral o por escrito. Debe presentarse dentro de los 60 días hábiles posteriores a la recepción de nuestra decisión inicial sobre su queja. Una vez que recibamos su apelación, le enviaremos un acuse de recibo por escrito dentro de 15 días hábiles en el que se le indicará el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona designada para responder a su apelación. Todas las apelaciones de quejas serán dirigidas por profesionales apropiados, incluidos los profesionales de atención médica para las quejas relacionadas con asuntos clínicos, quienes no participaron de la decisión del reclamo inicial.

Para las apelaciones de reclamo estándar, tomaremos la decisión de la apelación dentro de 130 días hábiles posteriores a la recepción de toda la información necesaria para tomar nuestra decisión. Si un retraso en la toma de nuestra decisión llegase a suponer un riesgo significativo para su salud, utilizaremos el proceso de apelación de quejas *acelerado*. Para apelaciones de quejas *aceleradas*, tomaremos nuestra decisión de apelación dentro de 2 días hábiles posteriores a la recepción de la información necesaria. Para las apelaciones de reclamos regulares y *aceleradas*, le proporcionaremos una notificación por escrito de nuestra decisión respecto a su apelación de reclamo. La notificación incluirá los motivos detallados de nuestra decisión y, en casos que contemplen asuntos clínicos, el fundamento clínico de nuestra decisión.

### **Participant Ombudsman**

Participant Ombudsman, que se denomina Red de Independiente de Defensa al Consumidor (ICAN), es una organización independiente que ofrece servicios de mediación gratuitos para destinatarios con atención a largo plazo en el estado de New York. Usted puede obtener asesoría independiente y gratuita con respecto a su cobertura, reclamos y alternativas de apelación. Ellos pueden ayudarle a gestionar el proceso de apelación. También pueden brindarle apoyo antes de que se inscriba en un plan MLTC como Hamaspik Choice. Este apoyo incluye asesoramiento imparcial sobre la elección del plan de salud e información general relacionada con el plan. Contacte a ICAN para aprender más acerca de sus servicios:

- Teléfono: 1-844-614-8800 (Servicio de retransmisión TTY: 711)
- Web: [www.icannys.org](http://www.icannys.org) Email: [ican@cssny.org](mailto:ican@cssny.org)

Usted o alguien de su confianza también puede presentar una queja sobre Hamaspik Choice o sus servicios ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

## Cancelar suscripción en Hamaspik Choice

No se anulará su suscripción en el Plan MLTC de Hamaspik Choice en base a cualquiera de los siguientes argumentos:

- Alta utilización de los servicios médicos cubiertos
- Una condición existente o un cambio en su salud
- Capacidad mental disminuida o conducta poco colaboradora o disruptiva a raíz de sus necesidades especiales, salvo que su conducta propicie que usted deje de ser elegible para MLTC.

### Desvinculación voluntaria

Puede solicitar salir de Hamaspik Choice en cualquier momento y por cualquier motivo. Para solicitar su desvinculación, llame al 855-552-4642 para solicitar que cancelen su suscripción. También puede escribirnos a:

Hamaspik Choice  
58 Route 59, Suite #1  
Monsey, NY 10952

Le proporcionaremos una confirmación por escrito de su solicitud. Incluiremos un formulario de desvinculación voluntaria para que usted firme y nos envíe de regreso. El procesamiento puede demorar hasta seis semanas, dependiendo de cuándo se reciba su solicitud. Puede cancelar su inscripción en Medicaid regular o unirse a otro plan de salud siempre que califique. Si continúa requiriendo servicios de atención a largo plazo en la comunidad (CBLTSS), como atención personal, debe unirse a otro plan MLTC, plan de atención controlada de Medicaid o programa de Exención Basado en el Hogar y la Comunidad para recibir los servicios CBLTSS.

### Transferencias

Puede probar nuestro plan durante 90 días. Puede abandonar Hamaspik Choice y transferirse a otro plan en cualquier momento durante ese período. Si no se marcha en los primeros 90 días, debe permanecer en Hamaspik Choice por nueve meses más, a menos que exhiba una buena razón (buena causa). Las razones de "buena causa" contemplan:

- Se traslada fuera de nuestra área de servicio.
- Usted, el plan y el Departamento de Servicios Sociales de su condado o el Departamento de Salud del Estado de New York están de acuerdo en que dejar Hamaspik Choice es lo mejor para usted.
- Su proveedor de atención domiciliaria actual no trabaja con nuestro plan.
- No hemos podido brindarle servicios, ya que estamos obligados a hacerlo en virtud de nuestro contrato con el Estado

Si reúne los requisitos, puede cambiarse a otro tipo de plan de atención administrada a largo plazo, como Medicaid Advantage Plus (MAP) o un Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE)

en cualquier momento, sin una buena causa.

Para cambiar planes: Llame a New York Medicaid Choice al 1-888-401-6582. Los consejeros de New York Medicaid Choice pueden ayudarle a cambiar los planes de salud.

Podría tardar entre dos a seis meses para su inscripción en un nuevo plan para ser activo. Recibirá un aviso de New York Medicaid Choice indicándole la fecha en que se inscribirá en su nuevo plan. Hamaspik Choice seguirá brindando la atención que necesita hasta entonces.

Llame a New York Medicaid Choice si necesita solicitar una acción más rápida a causa de que el tiempo que lleve transferir los planes sería perjudicial para su salud. También puede pedirles una acción más rápida si le ha informado a New York Medicaid Choice que no aceptó inscribirse en Hamaspik Choice.

### **Desvinculación involuntaria**

Una desvinculación involuntaria es una cancelación de suscripción iniciada por Hamaspik Choice. Si no solicita la desvinculación voluntaria, nos corresponde iniciar el proceso de desvinculación involuntaria dentro de cinco

(5) días hábiles a partir de la fecha en que sepamos que usted cumple con cualquiera de las razones para desvinculación involuntaria.

Usted deberá abandonar Hamaspik Choice si:

- Si ya no es elegible para Medicaid.
- Se muda permanentemente fuera del área de servicio de Hamaspik Choice
- Está fuera del área de servicio del plan durante más de 30 días consecutivos.
- Necesita atención en un asilo de ancianos, pero no es elegible para Medicaid institucional
- Se hospitaliza o ingresa a un programa residencial de la Oficina de Salud Mental, la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo o la Oficina de Servicios de Abuso de Alcohol y Sustancias durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más.
- Ya no tiene una necesidad mensual funcional o clínica de contar con servicios (CBLTSS) a raíz de su evaluación.
- Tiene Medicaid solamente y ya no cumple con el nivel de atención en residencia de ancianos según lo determinado utilizando la herramienta de evaluación designada.
- El único servicio que percibe es Atención social de día.
- Ya no requiere ni recibe, al menos un CBLTSS durante cada mes calendario.
- Ante la eventualidad de alguna reevaluación, durante su estancia en la comunidad, se determina que usted ya no demuestra una necesidad clínica o funcional por servicios CBLTSS.
- Está en prisión.
- Le proporciona al plan información falsa o incurrió en engaño o participa de una conducta ilícita con respecto a cualquiera de los aspectos sustantivos que atañen a la membresía de su plan.

Podemos solicitarle que abandone Hamaspik Choice si:

- Usted o un familiar o cuidador informal u otra persona en el hogar protagoniza una conducta o comportamiento que deteriora gravemente la capacidad del plan para brindar servicios
- Usted no paga o incurre en las disposiciones para realizar el pago, según lo determinado por el Departamento de Servicios Sociales Local, que adeude al plan a modo de disminución/excedente dentro de 30 días luego de la primera instancia de vencimiento del monto. Habremos incurrido en un esfuerzo razonable para cobrar.

Antes de su desvinculación involuntaria, Hamaspik Choice obtendrá la aprobación de New York Medicaid Choice (NYMC) o de una entidad designada por el Estado. La fecha efectiva de cancelación de suscripción correspondería al primer día del mes en el cual deje de ser elegible para inscripción. Si continúa su necesidad de contar con servicios CBLTSS, se le pedirá que elija otro plan o se le asignará automáticamente a otro plan (auto asignado).

## Reducción de gastos de Medicaid

El monto por reducción de gastos debe pagar a Hamaspik CHOICE depende de la determinación hecha por Medicaid. Cuando el LDSS revisa su estado financiero con el fin de determinar su elegibilidad para Medicaid, puede determinar que debe "gastar" una parte de su ingreso mensual para cumplir con los requisitos de ingresos para la elegibilidad de Medicaid. Si Medicaid determina que debe "gastar" una cierta cantidad, debe pagar esta cantidad a Hamaspik CHOICE todos los meses. LDSS le informará a usted y a nosotros sobre el monto exacto de su "reducción de gastos" que debe pagarnos cada mes.

Si Medicaid determina que no tiene ninguna obligación de reducción de gastos, entonces no deberá pagar nada a Hamaspik CHOICE cada mes.

La cantidad que debe "gastar" o pagar directamente a Hamaspik CHOICE puede cambiar con su proceso periódico de certificación de elegibilidad de Medicaid o con la admisión en un Centro de enfermería.

Si tiene un gasto reducido, esa cantidad debe pagarse el primer día de cada mes a partir del mes de inscripción. Le rogamos redactar la orden de pago a nombre de Hamaspik CHOICE, Inc., y enviarla a:

Hamaspik Choice  
58 Route 59, Suite #1  
Monsey, NY 10952

Si tiene un problema para cumplir con esta responsabilidad, es importante que discuta la situación con nuestro representante designado de reducción de gastos. Si no paga el monto de su gasto dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento, le notificaremos por escrito los atrasos en el pago. Tenemos el derecho de cancelar su inscripción en el programa de manera involuntaria por no haber realizado los pagos debidos.

## **Protección de veteranos**

Actualmente no existen hogares de veteranos accesibles que operen dentro del área de servicio de Hamaspik CHOICE. Si un afiliado aplicable desea recibir atención de un hogar de veteranos, Hamaspik CHOICE permitirá que el afiliado acceda a los servicios en el hogar de veteranos y pagará fuera de la red hasta que el afiliado se haya transferido a un Plan MLTC con un hogar para veteranos dentro de la red.

## **Competencia Lingüística y Cultural**

Hamaspik CHOICE honra sus creencias y es sensible a la diversidad cultural. Respetamos su cultura e identidad cultural y trabajamos para eliminar las disparidades culturales. Mantenemos una red de proveedores inclusiva y culturalmente competente y promovemos y aseguramos la entrega de servicios de una manera culturalmente apropiada para todos los miembros. Esto incluye, pero no se limita a, aquellos con habilidades limitadas en inglés, diversos antecedentes culturales y étnicos y diversas comunidades religiosas.

## Derechos y responsabilidades

Como miembro de Hamaspik CHOICE, usted tiene derecho a:

- Recibir atención cuando sea médicamente necesario;
- Acceso oportuno a cuidado y servicios;
- Tener privacidad con respecto a su expediente médico y al conseguir tratamiento;
- Obtener información acerca de las opciones de tratamiento disponibles y alternativas presentadas de una manera y con un lenguaje comprensible;
- Obtener información en un lenguaje que entienda. Usted puede recibir servicios de traducción verbal sin cargo alguno;
- Obtener información necesaria para entregar un consentimiento informado antes del inicio del tratamiento;
- Recibir un trato respetuoso y con la debida consideración respecto a su dignidad;
- Obtener una copia de sus expedientes médicos y solicitar que los registros sean modificados o corregidos;
- Formar parte de las decisiones con respecto a su atención de salud, incluido el derecho a rechazar tratamiento;
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento empleado como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia;
- Recibir atención independiente de su sexo (incluida la identidad de género y condición de transgénero), raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión;
- Recibir información respecto a dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de nuestra parte, incluso cómo obtener los beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red en caso de no estar disponibles en nuestra red;
- Quejarse ante el Departamento de Salud del Estado de New York o su Departamento Local de Servicios Sociales;
- Usar el Sistema de Audiencia Imparcial del Estado de New York o una Apelación Externa del Estado de New York, cuando corresponda;

- Designar a alguien para que hable por usted o en su nombre en lo referente a su atención y tratamiento;
- Buscar la asistencia del programa Participant Ombudsman.

Su capacidad de ejercer estos derechos no afectará adversamente la forma en que se le trata.

Como miembro de Hamaspik CHOICE, usted tiene la responsabilidad de:

- Recibir servicios cubiertos a través de Hamaspik CHOICE;
- Utilizar los proveedores de la red de Hamaspik CHOICE para servicios cubiertos;
- Obtener autorización previa para servicios cubiertos, excepto para servicios preaprobados; Consulte el servicio específico en la sección Paquete de beneficios de servicio de este manual para averiguar si un servicio específico requiere aprobación previa;
- Compartir su información de salud completa y precisa con sus proveedores de atención médica;
- Informar al personal de Hamaspik CHOICE respecto a cualquier cambio en su salud y avisar si no comprende o es incapaz de seguir instrucciones;
- Seguir su plan de atención, según lo recomendado por el personal de Hamaspik Choice (con su opinión);
- Cooperar y ser respetuoso con el personal de Hamaspik CHOICE, así como no proferir actos de discriminación en contra de los integrantes del mismo en base a su raza, color, nacionalidad, capacidad física o mental (además de la elegibilidad física estipulada por el programa), religión, edad, sexo, orientación sexual o condición civil;
- Notificar a Hamaspik CHOICE, dentro de 2 días hábiles antes de recibir servicios no cubiertos o servicios cubiertos preaprobados.
- Notificar a Hamaspik CHOICE, con antelación siempre que no se encuentre en casa para recibir servicios o atención que se hayan dispuesto para usted;
- Informar a Hamaspik CHOICE antes del traslado permanente del área de servicio o sobre cualquier ausencia del área de servicio;
- Asumir responsabilidad por sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de Hamaspik CHOICE; y
- Pagar sus obligaciones financieras, si corresponde.

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

Esta sección explicará los servicios y respaldos disponibles a través de Money Follows the Person (MFP)/Open Doors. MFP/Open Doors es un programa que puede ayudar a los afiliados a trasladarse de un asilo de ancianos de regreso a sus hogares o residencias dentro de la comunidad. Los afiliados pueden calificar para MFP si ellos:

- Han vivido en un hogar de ancianos por tres meses o más
- Poseen necesidades de salud que pueden cumplirse mediante los servicios en su comunidad

MFP/Open Doors cuenta con personas, que se denominan Especialistas en Transición y Pares, que pueden reunirse con los afiliados en el asilo de ancianos y hablar con ellos sobre cómo reintegrarse a la comunidad. Los Especialistas en Transición y Pares son distintos de los Administradores de atención y Planificadores de alta médica. Ellos pueden ayudar a los afiliados:

- Dándoles información respecto a los servicios y respaldos en la comunidad
- Buscando servicios ofrecidos en la comunidad para ayudar a los afiliados a ser independientes
- Visitando o llamando a los afiliados después de su traslado para asegurarse de que tengan lo que necesitan en casa

Para obtener más información sobre MFP/Open Doors, o para obtener ayuda con la programación de una visita de un Especialista en transición o un Colega, llame a la Asociación de Vida Independiente de Nueva York al 844-545-7108. También puede visitar el sitio web de MFP/Open Doors en [www.health.ny.gov/mfp](http://www.health.ny.gov/mfp) o [www.ilny.org](http://www.ilny.org).

Su Gerente de Atención de Hamaspik CHOICE también puede ayudarlo a programar una visita a un Especialista de transición o Colega. Puede contactar a su Gerente de Atención al 855-552-4642.

## Instrucciones anticipadas

Las instrucciones anticipadas son instrucciones escritas referentes a su salud. Las instrucciones anticipadas se desarrollan por adultos antes de la pérdida de la capacidad para tomar decisiones. Las instrucciones anticipadas le permiten dar a conocer sus opciones y designar a alguien de confianza para que las lleve a cabo, o tomar decisiones si no puede hacerlo. Se aseguran de que sus solicitudes se cumplan en caso de que no pueda tomar decisiones por sí mismo.

Estos documentos pueden proporcionar instrucciones sobre qué atención desea que se le brinde en determinadas circunstancias, y/o pueden autorizar a un miembro de su familia o amigo en particular a tomar decisiones en su nombre. Es su derecho establecer instrucciones anticipadas según lo desee. Es muy importante que documente cómo desea que continúe su atención si ya no puede comunicarse con los proveedores de manera informada debido a una enfermedad o lesión.

La política de Hamaspik CHOICE es respaldar su derecho a participar en la toma de decisiones de atención médica. Hamaspik CHOICE lo alienta a usted, a sus familiares y a sus profesionales de la salud a hablar sobre los valores y las preferencias que deben guiar su toma de decisiones sobre la atención de la salud si no puede hacerlo usted mismo. Para los fines de esta política y procedimiento, las directivas anticipadas incluirán:

- Poder de atención médica
- Orden no hospitalaria de no resucitar (orden DNR)
- Testamento vital
- Orden médica para tratamiento para prolongar la vida (MOLST).

Hamaspik CHOICE respeta su derecho a elegir y, para garantizar la implementación de la política de protección de esos derechos, proporcionará los documentos y la orientación necesarios para permitirle desarrollar un plan adecuado.

Como parte del proceso de inscripción y antes de que se le brinde atención, la enfermera que lo inscribe le proporcionará los siguientes documentos:

- Decidir sobre el cuidado de la salud: una guía para pacientes y familiares
- Designación de su agente de atención médica - Ley de poderes del estado de Nueva York
- Formulario de Poder de atención médica
- Formulario de órdenes médicas para tratamiento para prolongar la vida

Su Gestor de atención de Hamaspik CHOICE le proporcionará educación respecto a las Instrucciones anticipadas. La educación se proporcionará tras su evaluación inicial, tras la reevaluación y durante sus contactos telefónicos mensuales.

Esto incluye:

- Recibirá formación en cuanto a los beneficios de la ejecución de instrucciones anticipadas.
- Se le notificará de sus derechos con respecto a las directivas anticipadas.
- Se le proporcionarán documentos para ayudar en este proceso.
- Al programar la visita de evaluación inicial y la visita de reevaluación, Hamaspik Choice lo alentará a que presente a la familia, ya que es beneficioso que se incluya a la familia en la discusión con respecto a las Instrucciones anticipadas.
- Los formularios educativos del Poder de atención médica y los formularios MOLST se distribuirán durante la visita de evaluación inicial.
- Luego de la reevaluación, la enfermera asesora volverá a dar formación y revisará sus formularios educativos de poder de atención médica y los formularios MOLST.
- Se le preguntará si ha llevado a cabo alguna instrucción anticipada. La respuesta se anotará en su registro de miembro. Si tiene instrucciones anticipadas, se le solicitará proporcionar una copia. La copia se archivará en su registro.
- Si nos notifica que lleva un archivo con su médico, su administrador de atención se comunicará con su médico para obtener una copia de estos formularios para tenerlos archivados en Hamaspik CHOICE.
- Su Administrador de atención coordinará con el médico que esta se discuta en la próxima visita al médico programada de los miembros.
- Si expresa interés en las instrucciones anticipadas en su visita inicial o en la reevaluación, su Administrador de atención le brindará un seguimiento adicional de los formularios, ya sea con una llamada telefónica o en la visita domiciliaria, según se solicite. El seguimiento incluirá una discusión con usted y su familia sobre la importancia de los formularios y la coordinación con un médico para completar los formularios.
- Hamaspik CHOICE documentará y mantendrá un registro de los miembros que han recibido educación respecto a las Instrucciones anticipadas, hayan expresado interés en las Instrucciones anticipadas y hayan proporcionado una copia de sus Instrucciones anticipadas. La información reportada brindará a Hamaspik Choice la capacidad de continuar educando y brindando orientación a sus miembros sobre el tema referente a las instrucciones anticipadas.
- Hamaspik CHOICE puede proporcionar copias de las instrucciones anticipadas en archivo a los profesionales de la salud designados, previa solicitud.

## Información adicional disponible a petición

Si lo solicita, usted podría recibir la siguiente información:

- Una lista de los nombres, direcciones comerciales y cargos oficiales de los miembros de la Junta Directiva y los funcionarios de Hamaspik CHOICE, Inc.
- Una copia de las declaraciones financieras certificadas anuales más recientes de Hamaspik CHOICE, Inc.
- Una copia de los procedimientos escritos de Hamaspik CHOICE para proteger la confidencialidad de los registros médicos y otros datos del miembro.
- Una copia de los procedimientos escritos de Hamaspik CHOICE para tomar una decisión respecto a la naturaleza investigativa o experimental de los dispositivos médicos o tratamientos en ensayos clínicos.
- Una copia de los procedimientos escritos de Hamaspik CHOICE para tomar decisiones sobre autorizaciones de servicio.
- Una copia de los procedimientos de solicitud por escrito de Hamaspik CHOICE y los requisitos mínimos para que los proveedores de atención médica sean considerados para convertirse en proveedores participantes dentro de nuestra red.
- Una descripción por escrito de nuestros arreglos organizativos y procedimientos en curso para el programa de garantía de calidad.

### Queremos obtener su opinión

Cada año, le pediremos su opinión sobre los servicios que recibe de los proveedores de nuestra red y le proporcionaremos comentarios confidenciales a los proveedores para mejorar los servicios. Cuando reciba esta encuesta, esperamos que participe. Su opinión es muy importante para nosotros.

## Apéndice: Notificación de prácticas de privacidad

**Esta notificación describe cómo la información médica sobre usted puede utilizarse y divulgarse y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor revísela detenidamente.**

### **Nuestros usos y divulgaciones**

Por lo general utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes formas:

#### **Ayudar a gestionar el tratamiento de atención de salud que recibe**

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con los profesionales que deban tratarle.

*Ejemplo: Un doctor nos envía información acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos disponer de los servicios adicionales.*

#### **Gestionar nuestra organización**

Podemos utilizar y divulgar su información para gestionar nuestra organización y contactarlo cuando sea necesario.

*Ejemplo: Utilizamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.*

#### **Pagar por sus servicios de salud**

Podemos usar y divulgar su información de salud a medida que pagamos por sus servicios de salud.

*Ejemplo: Compartimos información acerca de usted con su plan dental para coordinar el pago para su trabajo dental.*

#### **¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información de salud?**

Estamos autorizados u obligados a compartir su información de otras maneras, generalmente de una forma que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con diversas condiciones de ley antes de poder compartir su información para estos fines.

#### **Ayuda con asuntos de salud pública y seguridad**

Podemos compartir su información de salud para situaciones tales como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con retiros de productos
- Informe de reacciones adversas ante medicamentos
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia familiar
- Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de alguien

### **Realizar investigación**

Podemos utilizar o compartir su información para información de salud.

### **Cumplir con la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si estos organismos desean ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funerarias**

Podemos compartir su información de salud con organizaciones de adquisición de órganos. Podemos compartir la información de salud con un médico forense, examinador médico, o director funeral cuando una persona fallece.

### **Abordar la indemnización laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

Podemos utilizar o compartir su información de salud:

- Para fines de indemnización laboral
- Para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario de la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios de protección militar, de seguridad nacional y presidencial

### **Responder a demandas y acciones legales**

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

### **Sus derechos**

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.**

### **Obtener una copia de los registros de salud y reclamos**

Usted puede ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos y otra información de salud que tengamos sobre su persona. Puede solicitarlo describiendo la información que desea revisar y el formato en el que desea recibirla por escrito a Hamaspik CHOICE en:

58 Route 59, Suite #1  
Monsey, NY 10952.

Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, generalmente dentro de 30 días posteriores a su solicitud. Podríamos rechazar su solicitud en algunas circunstancias limitadas. Podríamos cobrar una tarifa razonable en base al costo.

### **Solicítenos corregir sus registros de salud y reclamos**

Puede solicitarnos que corriamos sus registros de salud y reclamaciones si considera que son incorrectos o están incompletos. Póngase en contacto con nosotros por teléfono si tiene preguntas sobre cómo hacer esto.

Podríamos decir que "no" a su solicitud, pero le diremos el por qué por escrito dentro de 60 días.

### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos un correo a una dirección diferente. Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dice que estaría en peligro en caso de no hacerlo.

### **Pídanos restringir lo que usamos o compartimos**

Puede solicitarnos que no usemos o compartamos cierta información médica para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si eso podría afectar su atención.

### **Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

Puede solicitar una lista (contable) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicitó, con quién la compartimos y por qué.

Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos solicitó). Le proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de 12 meses.

### **Obtener una copia de esta notificación de privacidad**

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de manera electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

### **Elegir a alguien para que actúe en su nombre**

Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga la autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

### **Presentar un reclamo si siente que sus derechos son infringidos**

Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos de privacidad comunicándose con el Oficial de Cumplimiento de Hamaspik CHOICE por teléfono al: 845-503-0569 o por correo electrónico a: [corporatecompliance@hamaspikchoice.org](mailto:corporatecompliance@hamaspikchoice.org).

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)

No tomaremos represalias en su contra por presentar un reclamo.

### **Sus alternativas**

**Para cierta información de salud, usted puede indicarnos sus alternativas respecto a lo que compartimos.** Si tiene una preferencia clara por cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos lo que desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y elección de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otros involucrados en el pago de su atención
- Compartamos información en una situación de ayuda para catástrofes

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos continuar y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. Podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad.

En las siguientes circunstancias, jamás compartiremos su información a menos que usted nos dé autorización por escrito:

- Fines comerciales
- Venta de su información

### **Nuestras responsabilidades**

- La ley nos exige mantener la privacidad e integridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y entregarle una copia.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de manera diferente a la que se describe aquí, a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos indica que podemos, usted puede cambiar su opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de parecer.

**Cambios en los términos de este anuncio.** Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. La nueva notificación estará disponible previa petición, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo postal.

**Información adicional** Si tiene alguna pregunta o desea información adicional sobre este aviso, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento de Hamaspik CHOICE por teléfono al: 845-503-0569 o por correo electrónico a [corporatecompliance@hamaspikchoice.org](mailto:corporatecompliance@hamaspikchoice.org).

**Fecha efectiva.** Este anuncio de prácticas de privacidad entra en vigencia el 21 de julio de 2014.