

LE DAMOS LA BIENVENIDA AL PROGRAMA MEDICAID ADVANTAGE PLUS (MAP) DE HAMASPIK MEDICARE CHOICE

Bienvenido a Hamaspik Medicare Choice, su Programa Medicaid Advantage Plus (MAP). El Programa MAP está diseñado para personas que tienen Medicare y Medicaid y que necesitan atención de salud y servicios y apoyos comunitarios a largo plazo (CBLTSS), como atención domiciliaria y atención personal, para permanecer en sus hogares y comunidades el mayor tiempo posible.

Este manual le indica sobre los beneficios agregados que cubre Hamaspik Medicare Choice desde su inscripción en el Programa Hamaspik Medicare Choice MAP. También le indica cómo solicitar un servicio, presentar una queja o cancelar su inscripción en el Programa Hamaspik Medicare Choice MAP. Los beneficios descritos en este manual son adicionales a los beneficios de Medicare descritos en la Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Choice. Conserve este manual junto a su Evidencia de Cobertura de Medicare. Necesita saber qué servicios están cubiertos y cómo obtenerlos.

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:

1 de octubre al 31 de marzo: siete días de la semana, de 8:00 am a 8:00 pm
Llame al 888-426-2774. Los usuarios TTY deben llamar al 711.

1 de abril al 30 de septiembre: Lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
Llame al 888-426-2774. Los usuarios TTY deben llamar al 711.

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 PARA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA MAP

MAP es un programa para personas que tienen Medicare y Medicaid. Usted es elegible para el Programa MAP si cumple con todos los siguientes requerimientos:

- 1) Tiene **18** años o es mayor,
- 2) Reside en el área de servicio del Plan, que incluye los siguientes condados:
 - Bronx
 - Dutchess
 - Kings (Brooklyn)
 - Nassau
 - New York (Manhattan)
 - Orange
 - Putnam
 - Queens
 - Richmond (Staten Island)
 - Rockland
 - Sullivan
 - Ulster
 - Westchester,
- 3) Tiene Medicaid,
- 4) Tiene evidencia de la cobertura de la Parte A y B de Medicare,
- 5) Es elegible para atención de nivel geriátrico (en el momento de la inscripción) usando la Evaluación de salud comunitaria (CHA),
- 6) 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,
- 7) Tiene la necesidad de solicitar al menos uno de los siguientes servicios y apoyos comunitarios a largo plazo (CBLTSS) cubiertos por el Plan Medicaid Advantage Plus por más de 120 días a partir de la fecha efectiva de la 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, y
- 8) Debe inscribirse en el Plan de Necesidades Especiales Medicare Dual Advantage de Hamaspik Medicare Choice.

Usted debe elegir uno de los médicos del plan para que sea su Proveedor de atención primaria (PCP). Si decide cambiar después su plan de Medicare, también deberá abandonar Hamaspik Medicare Choice MAP.

La cobertura explicada en este manual entra en vigencia en la fecha de vigencia de su inscripción en el Programa Hamaspik Medicare Choice MAP. La Inscripción en el Programa MAP es voluntaria

Programa New York Independent Assessor (NYIAP) - Proceso de evaluación inicial

El NYIAP realizará una evaluación inicial para individuos que han expresado un interés en inscribirse en un plan de Atención Controlado a Largo Plazo. El proceso de evaluación inicial comprende la realización de:

- ***Evaluación de salud comunitaria (CHA)***: El CHA se utiliza para saber 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 MLTC.
- ***Cita clínica y orden de facultativo (PO)***: 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 NYIAP se encargará de agendar la evaluación CHA y la cita clínica. La evaluación CHA será completada por un enfermero profesional registrado (RN). Después de la evaluación CHA, personal clínico del NYIAP completará una cita clínica y PO unos días más tarde.

Hamaspik Medicare 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 NYIAP. El IRP es un panel de profesionales médicos que revisarán su CHA, PO, plan de atención y cualquier otra documentación médica necesaria. Si requiere más información, alguien en el panel puede solicitar que le examinen y/o discutir sus necesidades con usted. El IRP emitirá una recomendación a Hamaspik Medicare Choice acerca de si el plan de atención cumple con sus necesidades.

Una vez que el NYIAP haya completado los pasos de evaluación inicial y determinado que usted es elegible para Atención a largo plazo controlada de Medicaid, usted luego debe decidir en qué plan de atención MLTC desea inscribirse. Debido que también está inscrito en Medicare para este mismo plan, debe elegir combinar sus beneficios e inscribirse en Hamaspik Medicare Choice.

Si es elegible para inscribirse y está interesado en Hamaspik Medicare Choice, personal de enfermería de nuestro programa vendrá a su hogar a la hora que sea conveniente para usted, o se reunirá con usted de manera “virtual” a través de una aplicación en línea. Si lo desea, también puede tener un familiar u otro cuidador con usted durante la cita. La enfermera revisará su evaluación para confirmar que es elegible para inscribirse y trabajará junto a usted para desarrollar su plan de atención.

La enfermera también lo conectará con un especialista en inscripción de Medicare para completar la parte de Medicare del proceso de inscripción. Una vez que complete la inscripción en Medicare, y confirmemos con Medicare que usted es elegible, también nos reuniremos con usted para completar los documentos de inscripción de Medicaid. Hamaspik Medicare Choice enviará esta información a Medicaid.

En la mayoría de los casos, su inscripción entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

Hamaspik Medicare Choice puede recomendar la denegación de su inscripción dentro de los diez (10) días calendario posteriores a la recepción de una solicitud de inscripción, si determinamos que no es elegible, según los criterios enumerados anteriormente, o si no proporciona la información que se necesita en para tramitar su inscripción. Si se recomienda la denegación de su inscripción, debe ser aprobada por Medicaid y le enviaremos un aviso que incluye una explicación del motivo de la denegación. Tendrá una oportunidad de apelar a la denegación. Contacte a Servicios para Miembros si necesita más información. Tenga en cuenta que Hamaspik Medicare Choice no discriminará en el proceso de inscripción en función de su estado de salud, cualquier cambio en su estado de salud, los servicios que necesita o el costo de sus servicios cubiertos.

Si se inscribe y luego cambia de opinión, puede cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros para informarnos. Si desea retirar su inscripción, debe informarnos antes del mediodía del día 25 del mes anterior a la fecha de vigencia.

Tarjeta de Miembro (ID) del Plan

Usted recibirá su tarjeta de identificación (ID) de miembro Hamaspik Medicare Choice dentro de 14 días a partir de la fecha efectiva de inscripción. Verifique que toda la información en su tarjeta sea correcta. Asegúrese de llevar su tarjeta de identificación consigo en todo momento junto con su tarjeta de Medicaid. En caso de que la pierda o se la roben, comuníquese con Servicios para miembros de inmediato al 888-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PROGRAMA MAP DE HAMASPIK MEDICARE CHOICE

Deducibles y Copagos de los Servicios Cubiertos por Medicare

Muchos de los servicios que recibe, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios, las visitas al médico, los servicios de emergencia y las pruebas de laboratorio, están cubiertos por Medicare y se describen en la Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Choice. El Capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Choice explica las reglas para usar proveedores del plan y recibir atención en una emergencia médica o situación de atención urgente. Algunos servicios tienen deducibles y copagos. Estos montos se muestran en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Choice en la columna, “Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos”. Debido a que se ha inscrito en Hamaspik Medicare Choice y tiene Medicaid, Hamaspik Medicare Choice pagará estos montos. No tiene que pagar estos deducibles y copagos, excepto los que se aplican a algunos artículos de farmacia.

Si hay una prima mensual por los beneficios (consulte el Capítulo 1 de la Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Choice), no tendrá que pagar esa prima ya que tiene Medicaid. También cubriremos muchos servicios que no están cubiertos por Medicare, pero sí por Medicaid. Las secciones a continuación explican qué tiene cobertura.

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 coordinará citas para cualquier servicio que necesite y coordinará el transporte a esos servicios.

Su administrador de atención lo llamará al menos una vez al mes para hablar sobre sus necesidades de atención médica y sus servicios. También recibirá una visita domiciliaria una vez cada seis meses, para que podamos evaluar sus necesidades continuas y actualizar su plan de atención. Si tiene preguntas sobre sus necesidades de salud o sus servicios, no dude en llamar a su administrador de atención. Puede comunicarse con ellos llamando al 1-888-426-2774. Los usuarios TTY deben llamar al 711. También puede llamarnos a este número si tiene una necesidad urgente cuando nuestras oficinas estén cerradas y nuestro personal procederá a prestar ayuda.

Servicios Adicionales Cubiertos

Debido a que tiene Medicaid y califica para el programa MAP, nuestro plan coordinará y pagará los servicios sociales y de salud adicionales que se describen a continuación. Puede obtener estos servicios siempre que sean médicamente necesarios. Su administrador de atención lo ayudará a identificar los servicios y proveedores que necesita. En algunos casos, es posible que necesite una remisión o una orden de su médico para obtener estos servicios. Debe obtener estos servicios de los proveedores que están en la red de Hamaspik Medicare Choice. Si no puede encontrar un proveedor en nuestro plan, contacte a Servicios para Miembros o a su Gestor de Atención. Pueden ayudarle a solicitar servicios de un proveedor fuera de la red cuando el

servicio sea parte del paquete de beneficios de Hamaspik Medicare Choice y no esté disponible con un proveedor dentro de la red.

- **Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios**

La fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla/lenguaje están disponibles en un programa de rehabilitación para pacientes ambulatorios. Estos servicios deben ser ordenados por su médico y autorizados por Hamaspik Medicare Choice.

- **Cuidado Personal**

Su asistente de cuidado personal brinda asistencia para bañarse, comer, vestirse, ir al baño y una variedad de tareas domésticas. Los servicios son proporcionados por un asistente certificado que trabaja para una agencia de atención domiciliaria y se basarán en las “órdenes médicas” de su médico. Sus servicios de cuidado personal serán autorizados por Hamaspik Medicare Choice en su plan de cuidado.

- **Servicios de Atención de Salud a Domicilio No Cubiertos por Medicare**

Es posible que necesite enfermería adicional, servicios médicos sociales, terapias ocupacionales, físicas y del habla y/o servicios de asistencia de salud a domicilio que no están cubiertos por Medicare. Si necesita estos servicios, los proporcionará una agencia de atención domiciliaria según las “órdenes médicas” de su doctor. Todos los servicios de cuidado personal deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice en su plan de cuidado.

- **Nutrición**

Un nutricionista puede trabajar con usted para ayudarlo a comprender y mejorar sus necesidades nutricionales. Si necesita estos servicios, los proporcionará una agencia de atención domiciliaria según las “órdenes médicas” de su doctor, y deben contar con la autorización de Hamaspik Medicare Choice en su plan de cuidado.

- **Servicios Médicos y Sociales**

Un trabajador social u otro profesional podría trabajar con usted para ayudarlo con sus necesidades psicosociales, y podría ayudarlo a evaluar otros tipos de servicios de apoyo. Si usted necesita estos servicios, deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice en su plan de cuidado.

- **Comidas entregadas a domicilio y/o comidas en un entorno grupal, como una guardería**

Puede optar por recibir comidas a domicilio o comidas en un programa de cuidado diurno como sustituto de algunos servicios de cuidado personal o servicios CDPAS. Si usted necesita estos servicios, deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice en su plan de cuidado.

- **Atención Social de Día**

Los programas de atención social de día brindan un programa estructurado en un entorno comunitario para ayudarlo a socializar con otros Miembros y brindarle algunos servicios de cuidado personal y nutrición en un entorno seguro. Si usted necesita estos servicios, deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice en su plan de cuidado.

- **Transporte No Considerado de Emergencia**

Transporte para sus citas médicas y otros servicios de salud tienen cobertura por el programa MAP. Los servicios están disponibles mediante servicio de auto o ambulancia o transporte público, dependiendo de sus necesidades individuales. Llame a servicios de miembros al menos 48 horas antes de su cita para concertar su transporte.

○ **Enfermería Privada**

Una enfermera privada puede brindarle atención en su hogar si necesita este nivel de atención. Si necesita estos servicios, los proporcionará una agencia de atención domiciliaria según las “órdenes médicas” de su doctor. Si usted necesita estos servicios, deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice en su plan de cuidado.

○ **Atención Dental**

Sus servicios dentales cubiertos por Medicaid incluyen chequeos y limpiezas dos veces al año, cuidado dental restaurativo necesario y dentaduras postizas. Los servicios rutinarios como estos no requieren de ninguna autorización. Se pueden proporcionar servicios adicionales (como endodoncias e implantes) si fuese necesario, en base a las pautas de cobertura de Medicaid, y requerirán la autorización de Hamaspik Medicare Choice.

○ **Apoyos Sociales y Ambientales**

Otros servicios (como servicios de quehaceres domésticos, modificaciones en el hogar, exterminadores o cuidado de relevo) también están disponibles según sus necesidades. Estos servicios se personalizan según sus necesidades individuales y deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice.

○ **Sistema de respuesta a emergencias personales (PERS):**

Los PERS son dispositivos electrónicos que se pueden instalar en su hogar o llevar en un colgante. Un dispositivo PERS le permite pedir ayuda en caso de emergencia. Si usted necesita estos servicios, deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice en su plan de cuidado.

○ **Atención Sanitaria de Día para Adultos**

Los programas de cuidado diurno para adultos brindan un programa estructurado en un entorno comunitario para ayudarlo a socializar con otros Miembros. Los programas de atención médica diurna para adultos incluyen enfermería, terapias de rehabilitación, trabajadores sociales, cuidado personal, asistencia con medicamentos y servicios de nutrición en un entorno seguro. Si usted necesita estos servicios, deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice en su plan de cuidado.

○ **Atención de Residencia de Ancianos no cubierta por Medicare**

Los servicios de atención a largo plazo proporcionados en un hogar de ancianos están cubiertos por el Programa si ya no puede permanecer seguro en su hogar. Usted debe ser elegible para cobertura Institucional de Medicaid a fin de recibir estos servicios de Hamaspik Medicare Choice. Si usted necesita estos servicios, deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice en su plan de cuidado.

○ **Atención de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados por encima del Límite de por Vida de 190 Días de Medicare**

Usted es elegible para recibir atención de salud mental para pacientes hospitalizados más allá del límite de por vida de 190 días de su cobertura de Medicare. Consulte la Tabla de Beneficios en el

Capítulo 4 de su Evidencia de Cobertura de Medicare para conocer las instrucciones sobre cómo obtener estos servicios. Salvo en

emergencia, estos servicios deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice.

- **Audiología y Audífonos**

Esto incluye una gama de servicios y productos que están cubiertos para una discapacidad causada por la pérdida o deterioro de la audición. Los servicios incluyen: servicios de audiología (exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos y recetas de audífonos); selección de audífonos, ajuste y verificación de audífonos después de la dispensación; productos para audífonos (audífonos, moldes y accesorios especiales); y reparación y reemplazo de audífonos.

- **Suministros Médicos y Quirúrgicos, Fórmula Parenteral, Fórmula Enteral, Suplementos Nutricionales y Pilas para Audífonos**

Tiene cobertura para estos artículos, que se entregarán en su domicilio. Estos servicios deben ser ordenados por su médico en la mayoría de los casos (excepto para pilas de audífonos). Si usted necesita estos servicios, deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice.

- **Equipo médico duradero (DME)**

Equipo médico duradero, incluye dispositivos y equipos cuyo uso puede reiterarse durante un período de tiempo y se utilizan principal y habitualmente con fines médicos. Si usted necesita estos servicios, deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice.

- **Prótesis, Ortopedia y Calzado Ortopédico**

Dispositivos protésicos se utilizan para reemplazar todo o un punto de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y reparación y/o reemplazo si es necesario.

Los aparatos ortopédicos (como un aparato ortopédico o una férula) para sostener, inmovilizar o tratar músculos, articulaciones o huesos débiles, deformados o lesionados. Se utilizan durante un período de tiempo y, por lo general, se ajustan, diseñan o modelan para el uso de un individuo en particular.

El calzado ortopédico incluye zapatos que se diseñaron específicamente para respaldar o adaptar las mecánicas y estructuras del pie, tobillo y pierna.

Si usted necesita estos servicios, deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice.

- **Beneficios de Optometría y Visión**

Servicios prestados por optometristas, oftalmólogos y dispensadores oftálmicos. Los servicios incluyen exámenes para el diagnóstico y tratamiento de defectos visuales y enfermedades oculares, así como exámenes oculares de rutina. La cobertura incluye anteojos, lentes de contacto médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales, ayudas para la baja visión y servicios para la baja visión.

La cobertura también incluye la reparación o sustitución de partes de anteojos.

Nota: Los exámenes de la vista de rutina se limitan a uno cada dos (2) años, a menos que se justifique lo contrario como médicamente necesario. Los anteojos también están limitados a cada dos (2) años, a menos que sean médicamente

Llámenos al 888-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Diciembre de 2023

necesarios o se pierdan, dañen o destruyan.

○ **Servicios de Asistencia Personal Avogados al Consumidor (CDPAS)**

Si opta por recibir servicios CDPAS, podrá contratar y supervisar a sus propios trabajadores para proporcionar asistencias con sus necesidades cotidianas. Su trabajador podría ser un familiar, amigo u otra persona de su elección. Para elegir este servicio, su médico deberá certificar que usted puede supervisar a su trabajador. Su trabajador tendrá que registrarse en una agencia para enviar hojas de horas y recibir cheques de pago. Hable con su administrador de atención si está interesado en los servicios CDPAS. Si usted necesita estos servicios, deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice en su plan de cuidado.

Servicios de Salud Conductual (Salud Mental y Adicción) Cubiertos:

Atención de salud mental ambulatoria para adultos

- **Tratamiento Diurno Continuo (CDT):** Proporciona a los adultos con trastornos mentales de gravedad las habilidades y apoyo necesarios para permanecer en la comunidad y ser más independientes. Usted puede asistir varios días a la semana con visitas que duren más de una hora.
- **Hospitalización parcial (PH):** Un programa que ofrece tratamiento de salud mental diseñado para estabilizar o ayudar con los síntomas graves de una persona que podría requerir de hospitalización.

Atención de salud mental rehabilitadora ambulatoria para adultos

- **Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT):** ACT es un enfoque de equipo para servicios de tratamiento, apoyo y rehabilitación. Muchos de los servicios son entregados por el personal ACT en la comunidad o en donde usted resida. ACT es para personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad mental de gravedad o problemas emocionales.
- **Servicios de Tratamiento Ambulatorio y Rehabilitación Ambulatoria para Salud Mental (MHOTRS):**
Un programa que ofrece tratamiento, evaluación y control de síntomas. Los servicios pueden incluir terapias individuales y de grupo en un centro clínico en su comunidad.
- **Servicios Orientados a la Recuperación Personal (PROS):** Un programa exhaustivo orientado a la recuperación si tiene una enfermedad mental continua o de gravedad. El objetivo del programa es combinar el tratamiento, apoyo y terapia para ayudarle en su recuperación.

Servicios de rehabilitación ambulatoria para salud mental y adicción en adultos para miembros que cumplen con los requerimientos clínicos. También se conocen como CORE.

Servicios de Recuperación y Empoderamiento Orientados a la Comunidad (CORE):

CORE es un programa de recuperación orientado a la persona con apoyos móviles de salud conductual para ayudarle a desarrollar y fomentar la participación en la comunidad y la independencia. Los servicios CORE están disponibles para miembros que han sido identificados por el Estado como personas que cumplen con los criterios de riesgo de salud conductual de más alta necesidad. Cualquiera puede derivar a alguien o auto remitirse a los Servicios CORE.

- **Rehabilitación Psicosocial (PSR):** Este servicio ayuda con las habilidades de la vida, como realizar conexiones sociales; buscar o mantener un trabajo; iniciar o regresar a la escuela; y usar

Llámenos al 888-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Diciembre de 2023

recursos de la comunidad.

(continúa en página siguiente)

- **Tratamiento y Apoyo Psiquiátrico Comunitario (CPST):** Este servicio le ayuda a gestionar síntomas a través de asesoría y tratamiento clínico.
- **Apoyo Familiar y Capacitación (FST):** Este servicio le brinda a su familia y amigos la información y habilidades necesarias para ayudarlo y darle apoyo.
- **Servicios de Empoderamiento – Apoyo entre Pares:** Este servicio le conecta con especialistas coordinadores que han pasado por el proceso de recuperación. Usted obtendrá apoyo y asistencia para aprender cómo:
 - vivir con complicaciones de salud y ser independientes
 - ayudar a tomar decisiones respecto a su propia recuperación, y
 - encontrar recursos y apoyos naturales.

Servicios de crisis de salud mental para adultos

- **Programa de Emergencia Psiquiátrica Exhaustivo (CPEP):** Un programa basado en hospital que ofrece apoyo para crisis y camas para una admisión prolongada (hasta 72 horas) para individuos que necesitan servicios de salud mental de emergencia.
- **Servicios de Crisis Móvil y Crisis Telefónica:** Un servicio intra-comunitario que responde a personas que experimentan una crisis de salud mental y/o de adicción.
- **Programas residenciales para crisis:** Una residencia de corto plazo que proporciona servicios las 24 horas del día por hasta 28 días, para personas que experimentan síntomas de salud mental o complicaciones cotidianas que empeoren los síntomas. Los servicios pueden ayudar a evitar una estancia hospitalaria y brindar asistencia para su reinserción en su comunidad.

Servicios ambulatorios por adicción para adultos

Los Centros de Tratamiento para Opiáceos (OTP) son instalaciones certificadas por la Oficina de Servicios y Apoyos por Adicción en donde se entrega medicación para el tratamiento de la dependencia de opiáceos. Estos medicamentos pueden incluir metadona, buprenorfina y suboxone. Estas instalaciones también ofrecen servicios de asesoría y educación. En muchos casos, puede obtener servicios continuos en una clínica OTP durante el transcurso de su vida.

Servicios residenciales por adicción para adultos

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

Rehabilitación por adicción intrahospitalaria para adultos

Los Centros de Tratamiento de Adicciones Operados por el Estado (ATC) ofrecen atención de carácter sensible para sus necesidades y asistencias de recuperación a largo plazo. El personal en cada instalación tiene adiestramiento para ayudar con diversas condiciones, como enfermedad mental. También brindan apoyo para la planificación postratamiento. Los servicios de tratamiento por tipos de adicción varían en cada instalación, pero podrían incluir tratamiento de medicamento asistida; problemas de apuestas, tratamiento específico de género para hombres o mujeres y más.

(continúa en página siguiente)

Los programas de **Rehabilitación por Adicción Intrahospitalaria** pueden ofrecerle un entorno seguro para la evaluación, tratamiento y rehabilitación de los trastornos por uso de sustancias. Estas instalaciones ofrecen atención las 24 horas del día los 7 días de la semana que tiene supervisión en todo momento por el personal médico. Los servicios intrahospitalarios incluyen la gestión de síntomas asociados a la adicción y al monitoreo de las complicaciones físicas y mentales que se generen del uso de sustancias.

Los programas de **Desintoxicación supervisada médicamente intrahospitalaria** ofrecen tratamiento intrahospitalario para la abstinencia moderada e incluye supervisión bajo el cuidado de un médico. Algunos de los servicios que usted puede recibir son una evaluación médica dentro de veinticuatro (24) horas de la admisión y supervisión médica por condiciones de intoxicación y abstinencia.

Limitaciones

- La atención en un hogar de ancianos está cubierta para las personas que se consideran como colocados permanente en una residencia de ancianos, siempre que sea elegible para la cobertura institucional de Medicaid.
- La fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limitan a las personas que no pueden obtener nutrición por otros medios y a 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
- Bajo ciertas condiciones, adultos que tengan VIH, SIDA o enfermedad asociada a VIH u otra enfermedad o condición, podrían ser elegibles para nutrición oral adicional.
- 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.

Telesalud:

Usted podría recibir algunos servicios a través de telesalud cuando corresponda. Es su elección si usted decide recibir servicios en persona o a través de telesalud. Si tiene alguna pregunta adicional sobre telesalud, por favor comuníquese con su Administrador de Atención.

Obtener Atención Fuera del Área de Servicio

Debe informar a su gestor de cuidado cuando viaje fuera del área de cobertura. En caso de que requiera estos servicios fuera de su área de cobertura, debe comunicarse con su gestor de cuidado para que le ayude a disponer de los servicios correspondientes.

Servicio de Emergencia

Servicio de Emergencia implica la aparición repentina de una condición que supone una amenaza grave para su salud. Para emergencias médicas marque el 911. No se requiere autorización previa para el servicio de emergencia. Sin embargo, usted debería informar a Hamaspik Medicare Choice en un plazo de 24 horas de ocurrida la emergencia. Es probable que necesite servicios de atención a largo plazo que solo puede obtener a través de Hamaspik Medicare Choice.

Si queda hospitalizado/a, un familiar o cuidador debería comunicarse con Hamaspik Medicare Choice en un plazo de 24 horas de la admisión. Su gestor de cuidado suspenderá sus servicios de atención domiciliaria y cancelará otras citas de ser necesario. Asegúrese de notificar a su médico de cabecera o al planificador de alta en el hospital para que se comuniquen con Hamaspik Medicare Choice, de tal manera que podamos trabajar con ellos para planificar su atención tras recibir el alta del hospital.

Procedimientos de Cuidados de Transición

Los nuevos afiliados en Hamaspik Medicare Choice pueden continuar un tratamiento continuo durante un período de transición de hasta 60 días a partir de la inscripción con un proveedor de atención médica que no forme parte de la red si el proveedor acepta el pago bajo la tarifa del plan, se adhiere a las políticas de control de calidad de Hamaspik Medicare Choice u otras normas y proporciona información médica sobre el cuidado al plan.

Si su proveedor abandona la red, podría seguir con un tratamiento continuo en curso durante un período de transición de hasta 90 días si el proveedor acepta el pago bajo la tarifa del plan, se adhiere a las políticas de control de calidad del Plan y a otras políticas, y proporciona información médica sobre el cuidado al Plan.

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

Esta sección explica los servicios y respaldos disponibles a través de Money Follows the Person (MFP)/Open Doors. MFP/Open Doors es un programa que puede ayudarle a trasladarse de un asilo de ancianos de regreso a su hogar o residencia en la comunidad. Puede calificar para MFP/Open Doors si:

- Han vivido en un hogar de ancianos por tres meses o más y
- 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 usted en el asilo de ancianos y hablar con usted sobre cómo reintegrarse a la comunidad. Los Especialistas en Transición y Pares son distintos de los Administradores de atención y Planificadores de alta médica. Puede ayudarle de estas formas:

- Dándole información respecto a los servicios y respaldos en la comunidad.
- Buscando servicios ofrecidos en la comunidad para ayudarle a ser independiente.
- Visitarlo o llamarlo después de su mudanza para asegurarse de que tiene lo que necesita en casa.

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

SERVICIOS DE MEDICAID NO CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN

Hay algunos servicios de Medicaid que Hamaspik Medicare 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 888-426-2774 (TTY, llame al 711), si tiene alguna pregunta con respecto a si un beneficio está cubierto por Hamaspik Medicare Choice o Medicaid. Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid mediante su Tarjeta de Beneficios de Medicaid incluyen:

Farmacia:

- La mayoría de los medicamentos recetados están cubiertos por la Parte D de Hamaspik Medicare Choice Medicare, como se describe en los Capítulos 5 y 6 de la Evidencia de Cobertura de Medicare (EOC) de Hamaspik Medicare Choice. Medicaid regular cubrirá algunos medicamentos no cubiertos por los beneficios de la Parte D de Medicare de Hamaspik Medicare Choice. Medicaid también podría cubrir medicamentos que rechazamos.

Ciertos Servicios de Salud Mental, incluyen:

- Servicios de Administración de Atención Health Home (HH) y Health Home Plus (HH+)
- Servicios de Rehabilitación Proporcionados a Residentes de Viviendas Comunitarias (CR) Licenciadas OMH y Programas de Tratamiento Familiar
- Tratamiento Diurno OMH
- Rehabilitación Residencial OASAS para Jóvenes
- Clínicas de Salud Conductual de la Comunidad Certificadas (CCBHC)
- Instalación de Tratamiento Residencial (RTF) OMH

Para afiliados a MAP hasta los 21 años:

- Servicios de Apoyo y Tratamiento para Niños y Familias (CFTSS)
- Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad para Niños (HCBS)

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

(continúa en página siguiente)

Otros Servicios de Medicaid:

- Terapia Observada Directa para la Tuberculosis (TB)
- Gestión de Casos COBRA para VIH
- Fármacos médicamente necesarios para la mejora de la ovulación y servicios médicos asociados a la prescripción y monitoreo del uso de tales medicamentos, para miembros que cumplan con los requisitos

Servicios de Planificación Familiar:

- Los miembros pueden acudir a cualquier médico o clínica de Medicaid que brinde atención de planificación familiar. No necesita una derivación de su Proveedor de Atención Primaria (PCP).

SERVICIOS NO CUBIERTOS POR HAMASPIK MEDICARE CHOICE O MEDICAID

Debe pagar por los servicios que no están cubiertos por Hamaspik Medicare o por Medicaid, si su proveedor le informa con anticipación que estos servicios no están cubiertos, Y usted acepta pagarlos. Algunos ejemplos de servicios no cubiertos por Hamaspik Medicare Choice o Medicaid son:

- Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria
- Artículos personales y de comodidad
- Servicios de un proveedor que no sea parte del plan fuera de una emergencia médica o si usted necesita atención de urgencia (a menos que Hamaspik Medicare Choice lo autorice para ver a ese proveedor)

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 888-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

AUTORIZACIÓN DE SERVICIO, APELACIONES Y PROCESOS DE RECLAMO

Usted tiene Medicare y además recibe asistencia de Medicaid. La información de esta sección cubre sus derechos para todos sus beneficios de Medicare y mayoría de los beneficios de Medicaid. En la mayoría de los casos, usted utilizará un proceso para sus beneficios de Medicare y Medicaid. A esto a veces se le llama un “proceso integrado” porque incorpora los procesos de Medicare y Medicaid.

No obstante, para algunos de sus beneficios de Medicaid, es probable que también tenga derecho a un proceso de Apelaciones Externas. Consulte la página 26 para obtener más información respecto al proceso de Apelaciones Externas.

Sección 1: Solicitud de Autorización de Servicio (también conocida como Solicitud de Decisión de Cobertura)

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

Cuando solicita la aprobación de un tratamiento o servicio, se denomina **solicitud de autorización de servicio (también conocida como solicitud de decisión de cobertura)**. Para obtener una solicitud de autorización de servicio, usted debe realizar su solicitud, ya sea de manera verbal o por escrito.

Usted o su proveedor podrían llamar a nuestro número gratuito de Servicios para Miembros al 888-426-2774 para discutir su solicitud con su gestor de atención, o puede enviar su solicitud por escrito a:

Hamaspik Medicare 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** (aprobación por adelantado) de Hamaspik Medicare Choice antes de recibirlos. Usted o alguien de su confianza puede solicitar una autorización previa. Consulte el Capítulo 4 de su Evidencia de Cobertura de Medicare para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa. La Tabla de Beneficios en este capítulo indica esto de la siguiente manera: * Se requiere autorización.

Revisión Concurrente

También puede pedirle a Hamaspik Medicare 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 de salud cuenta con un equipo de revisión para asegurarse de que reciba los servicios para los que califique. Los médicos y enfermeras forman parte del equipo de revisión. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicios que solicitó sean médicamente necesarios y adecuados 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 que solicitó. Un profesional de la salud calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio que solicitó no es médicamente necesario, un colega revisor clínico tomará la decisión. Un colega revisor clínico puede ser un médico, una enfermera o un profesional de la salud que generalmente brinda la atención que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, llamados **criterios de revisión clínica**, que se utilizan para tomar la decisión sobre la necesidad médica.

Una vez que recibamos su solicitud, la revisaremos según un proceso **estándar** o **rápido**. Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión acelerada si usted o su proveedor creen que una demora causará un daño grave a su salud. Si denegamos su solicitud de una revisión por vía rápida, 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 en lo que se menciona a continuación. Encontrará más información sobre el proceso de vía rápida a continuación.

Le informaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si aprobamos o rechazamos su solicitud. También le diremos el motivo de la decisión. Le explicaremos qué opciones tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Proceso Estándar

Por lo general, utilizamos el **plazo estándar** para informarle nuestra decisión sobre su solicitud de un artículo, tratamiento o servicio médico, a menos que hayamos acordado utilizar los plazos de la vía rápida.

- Una **revisión estándar** para una solicitud de autorización previa significa que le daremos una respuesta dentro de los 3 días hábiles posteriores a la fecha en que tengamos toda la información necesaria, pero a más tardar **14 días calendario** después de recibir su solicitud. Si su caso es una **revisión concurrente** en la que solicita un cambio en un servicio que ya está recibiendo, tomaremos una decisión dentro de 1 día hábil de cuando tengamos toda la información que necesitamos, pero le daremos una respuesta a más tardar 14 días calendario después de recibir su solicitud.

- **Podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tomarnos más días para entregar una decisión, le informaremos por escrito qué información se necesita y 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.
- Si cree que **no** deberíamos tomarnos más días, puede presentar un **reclamo rápido**. Cuando presente una **queja rápida**, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para autorizaciones de servicio y apelaciones. Para obtener más información respecto al proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene un problema o reclamo acerca de nuestro plan).

Si no le damos nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario (o al final de los días adicionales si los aceptamos), puede presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta es sí a todo o parte de lo que solicitó**, autorizaremos el servicio, o tratamiento, o le daremos el artículo que solicitó.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una Notificación con la Decisión de Apelación que explique por qué dijimos que no. Puede encontrar más información respecto a cómo apelar a esta decisión en la Sección 2: Apelaciones de Nivel 1.

Proceso Acelerado

Si su salud lo requiere, solicítenos la entrega de una **autorización de servicio rápida**.

- Una revisión rápida de una solicitud de autorización previa significa que le daremos una respuesta dentro de 1 día hábil posterior a la fecha en que tengamos toda la información necesaria, pero a más tardar 72 horas a partir del momento en que realice su solicitud hacia nosotros.
- Podemos tomarnos **hasta 14 días calendario adicionales** si descubrimos que falta alguna información que pueda beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red), o si necesita tiempo para enviarnos información que deba revisarse. Si decidimos tomarnos más días, le informaremos por escrito qué información se necesita y 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.
- Si cree que no deberíamos tomarnos más días, **puede presentar un reclamo rápido**. Para obtener más información respecto al proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene un problema o reclamo acerca de nuestro plan, a continuación, para obtener más información. Le llamaremos tan pronto tengamos una decisión.

- Si no le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas (o si hay un período de tiempo extendido, al final de ese período), puede presentar una apelación. Consulte la Sección 2: Consulte Apelaciones de Nivel 1, a continuación, para saber cómo presentar una apelación.

Para obtener una **autorización de servicio rápido**, debe cumplir con dos requisitos:

1. Solicita cobertura para atención médica que aún no ha recibido.
(No puede obtener una **autorización de servicio rápido** si su solicitud se trata del pago de la atención médica que ya recibió).
2. El uso de los plazos estándar podría causar un daño grave a su vida o salud, o dañar su capacidad para funcionar.

Si su proveedor nos informa que su salud requiere una autorización de servicio rápido, automáticamente aceptaremos darle una autorización de servicio rápido.

Si solicita una autorización de servicio rápida por su cuenta, sin el apoyo de su proveedor, decidiremos si su salud requiere que le demos una **autorización de servicio rápido**.

Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una **autorización de servicio rápido**, le enviaremos una carta indicándolo (y en su lugar usaremos los plazos estándar).

- Esta carta le informará que, si su proveedor solicita la **autorización de servicio rápido**, automáticamente le daremos una **autorización de servicio rápido**.
- La carta también le dirá cómo puede presentar un **reclamo rápido** sobre nuestra decisión de darle una autorización de servicio estándar en lugar de la autorización de servicio rápido que solicitó. (Para obtener más información respecto al proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene un problema o reclamo acerca de nuestro plan más adelante en este capítulo).

Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si ampliamos el tiempo necesario para realizar nuestra autorización de servicio en su solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta al final de ese período extendido.

Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una explicación detallada por escrito de la razón de nuestra negativa. Si no está satisfecho con nuestra respuesta, tiene derecho a presentar una apelación ante nosotros. Consulte la Sección 2: Apelaciones de Nivel 1, a continuación, para obtener más información.

Si no recibe noticias nuestras a tiempo, es lo mismo que si denegamos su solicitud de autorización de servicio. Si esto sucede, tiene derecho a presentar una apelación ante nosotros. Consulte la Sección 2: Apelaciones de Nivel 1, a continuación, para obtener más información.

Si cambiamos un servicio que ya está recibiendo

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o detener un servicio que ya aprobamos y que está recibiendo ahora, debemos informarle al menos 15 días antes de que cambiemos el servicio.
- Si estamos revisando la atención que recibió en el pasado, tomaremos una decisión sobre el pago dentro de los 30 días posteriores a la obtención de la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago de un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día que rechazamos el pago. **No tendrá que pagar por la atención que recibió y que el plan o Medicaid cubrieron, incluso si luego denegamos el pago al proveedor.**

También puede tener derechos especiales de **Medicare si finaliza su cobertura de atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)**. Para obtener más información acerca de estos derechos, consulte el Capítulo 9 de la Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Choice.

Qué hacer si desea apelar una decisión sobre su atención

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

- Si decimos que no, tiene derecho a presentar una apelación y pedirnos que reconsideremos esta decisión. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (vea más adelante).
- Hamaspik Medicare Choice también puede explicarle los procesos de quejas y apelaciones disponibles según su reclamo. Puede llamar a Servicios para Miembros al 888-426-2774 (usuarios TTY deben llamar al 711) para obtener más información respecto a sus derechos y las opciones que tiene disponibles.

En cualquier momento del proceso, 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.

Sección 2: Apelaciones de Nivel 1 (también conocidas Apelación de Nivel del Plan)

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

Hay algunos tratamientos y servicios para los que necesita aprobación antes de recibirlos o para poder seguir obteniéndolos. Esto se denomina autorización previa. Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se denomina solicitud de autorización de servicio. Se describió este proceso anteriormente en la Sección 1 de este capítulo. Si decidimos denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla

Llámenos al 888-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Diciembre de 2023

por una

cantidad menor a la solicitada, recibirá una notificación denominada Aviso de Determinación de Cobertura Integrada.

Si recibe un Aviso de Determinación de Cobertura Integrada y no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa intentar obtener el artículo o servicio médico que desea solicitándonos que revisemos su solicitud nuevamente.

Puede presentar una Apelación de Nivel 1:

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina Apelación de Nivel 1 o una Apelación del Plan. En esta apelación, revisamos la decisión que tomamos para ver si seguimos correctamente todas las reglas.

Diferentes revisores gestionan su apelación en relación a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando se complete la revisión, le entregaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una apelación rápida.

Pasos para presentar una Apelación de Nivel 1:

- Si no está satisfecho con nuestra decisión, tiene **60 días** a partir de la fecha del Aviso de Determinación de Cobertura Integrada para presentar una apelación. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados para no cumplir con la fecha límite pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta respecto a la fecha límite para solicitar una apelación.
- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención que aún no reciba, usted y/o su proveedor deberán decidir si necesita una **apelación rápida**.
 - Los requisitos y procedimientos para obtener una **apelación rápida** son los mismos que para obtener una autorización de servicio acelerada. Para solicitar una **apelación rápida**, siga las instrucciones para solicitar una autorización de servicio acelerada. (Estas instrucciones se entregan en la Sección 1, en la sección Proceso de Vía Rápida).
 - Si su proveedor nos dice que su salud requiere una **apelación rápida**, le brindaremos una **apelación rápida**.
 - Si su caso fue una **revisión concurrente** en la que estábamos revisando un servicio que ya está recibiendo, automáticamente recibirá una apelación rápida.
- Puede presentar una apelación usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la Apelación de Nivel 1 por usted. Puede llamar a Servicios para Miembros al 888-426-2774, si necesita ayuda para presentar una Apelación de Nivel 1. (Usuarios TTY deben llamar al 711).
 - Solo alguien que usted nombre por escrito puede representarlo durante su apelación. Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante durante su apelación, puede completar el Formulario de solicitud de apelación que se adjuntó al Aviso de Determinación

de Cobertura Integrada, completar un formulario de Designación de Representante o escribir y firmar una carta nombrando a su representante.

- Para obtener un formulario de Designación de Representante, llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario. También puede obtener el formulario en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o visitando nuestro sitio web en www.hamaspik.com, en la página de “Recursos”. El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado; O
- Puede escribir una carta y enviárnosla. (Usted o la persona nombrada en la carta como su representante puede enviarnos la carta).
- No lo trataremos de manera diferente ni actuaremos mal hacia usted porque presente una Apelación de Nivel 1.
- Puede presentar la Apelación de Nivel 1 por teléfono o por escrito.

Continuar con su servicio o artículo mientras apela una decisión sobre su atención

Si le dijimos que interrumpiríamos, suspenderíamos o reduciríamos los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de emprender una acción.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de 10 días calendario posteriores a la fecha de la Notificación de Determinación de Cobertura Integrada o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin modificaciones mientras su Apelación de Nivel 1 está pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no estén sujetos a su apelación) sin cambios.
- Nota: Si su proveedor solicita que continuemos con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrar a su proveedor como su representante.

Qué sucede después de recibir su Apelación de Nivel 1

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

- Le enviaremos una copia gratuita de su expediente de caso, el cual incluye una copia de los registros médicos y cualquier otra información y registros que empleemos para determinar la apelación. Si su Apelación al Nivel 1 se realiza mediante gestión rápida, podría haber poco tiempo para recibir esta información.
- Los profesionales de la salud calificados que no tomaron la primera decisión decidirán las apelaciones sobre asuntos clínicos. Al menos uno será un colega revisor clínico.
- Las decisiones no clínicas serán gestionadas por personas que trabajan en un nivel más alto que las personas que trabajaron en su primera decisión.
- También puede proporcionar información que se utilizará para tomar la decisión en persona o por escrito. Llámenos al 888-426-2774 si no está seguro de qué información brindarnos. (Usuarios TTY deben llamar al 711).
- Le daremos las razones de nuestra decisión y nuestro fundamento clínico, si corresponde. Si denegamos su solicitud o la aprobamos por un monto menor de lo que solicitó, le enviaremos un aviso llamado Notificación de Decisión de Apelación. Se rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Plazos para una apelación estándar

- Si utilizamos los plazos de apelación estándar, debemos darle nuestra respuesta a una solicitud dentro de 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación si su apelación se relaciona con la cobertura de servicios que aún no ha recibido.
- Le daremos nuestra decisión antes si su condición de salud así lo requiere.
- Sin embargo, si requiere más tiempo, o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos que se requieren más días para tomar la decisión, se le informaremos por escrito qué información se necesita y 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.
 - Si cree que **no** deberíamos tomarnos más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas.
 - Para obtener más información respecto al proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene un problema o reclamo acerca de nuestro plan, a continuación, para obtener más información.

Si no le damos una respuesta dentro del plazo correspondiente antes mencionado (o al final de los días adicionales que tomemos respecto a un artículo o servicio médico), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones en donde una organización externa independiente se ocupará de revisarla.

Se discutirá sobre esta organización de revisión y le explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones en la Sección 3: Apelaciones de Nivel 2.

Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos entregar dentro de las 72 horas posteriores a la toma de nuestra decisión.

Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó, para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando denegamos su apelación, **debemos enviar su apelación al siguiente nivel de apelación.** Al hacerlo, esto significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, el cual corresponde al Nivel 2.

Plazos para una apelación rápida

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si requiere más tiempo, o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.** Si decidimos tomarnos más días para entregar una decisión, le informaremos por escrito qué información se necesita y 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.
- Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas (o al final de los días adicionales que tardamos), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones que se discute más adelante en la Sección 3: Apelaciones de Nivel 2.

Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos entregar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.

Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó, enviaremos automáticamente su apelación a una organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2. Usted o alguien de su confianza también puede presentar una queja ante el plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su apelación de acción.

- Durante la Apelación de Nivel 2, una organización de revisión independiente, llamada **Oficina de Audiencias Administrativas u Oficina de Audiencias**, revisa nuestra decisión respecto a su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.
- Le informamos sobre esta organización y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones más adelante en la Sección 3: Apelaciones de Nivel 2.

En cualquier momento del proceso, 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.

Sección 3: Apelaciones de Nivel 2.

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

Se **rechazamos** su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará **automáticamente** al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Oficina de Audiencias** revisa nuestra decisión para su apelación de Nivel 1. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

- **La Oficina de Audiencias es una agencia independiente del Estado de New York.** No tiene relación con nosotros. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “expediente de caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de su expediente de caso.**
- Tiene derecho a brindar a la Oficina de Audiencias información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la **Oficina de Audiencias** examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La **Oficina de Audiencias** se comunicará con usted para programar una audiencia.
- Si tuvo una apelación rápida a nuestro plan en el Nivel 1 debido a que su salud podría verse seriamente perjudicada al esperar una decisión en un plazo estándar, automáticamente obtendrá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si la **Oficina de Audiencias** necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario adicionales.**

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- Si tuvo una **apelación estándar** para nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una **apelación estándar** en el Nivel 2.
- La organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de 60 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Deben transcurrir en total 90 días entre la fecha en que solicita una apelación de plan (Nivel 1) y la fecha en que la Oficina de Audiencias decide sobre su Apelación de Nivel 2.
- Si la **Oficina de Audiencias** necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, puede demorar hasta 14 días calendario adicionales.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento apelado también continuarán durante el Nivel 2. Vaya a la página 21 para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

La Oficina de Audiencias le indicará su decisión por escrito explicando las razones de ésta.

- Si la Oficina de Audiencias **acepta** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar el servicio o entregarle el artículo **dentro de un día hábil a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Oficina de Audiencias.**
- Si la Oficina de Audiencias **rechaza** una parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina “abstención de decisión” o “rechazo de su apelación”).

Si la Oficina de Audiencias rechaza una parte o la totalidad de su apelación, usted puede decidir si desea llevar su apelación a un nivel superior.

- Hay dos niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cuatro niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de nivel 2, debe decidir si desea pasar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. La notificación por escrito que recibió después de su Apelación de Nivel 2 contiene los detalles sobre cómo hacer esto.
- El Consejo de Apelaciones de Medicare gestiona la Apelación de Nivel 3. Después de eso, puede tener derecho a pedirle a un tribunal federal que revise su apelación.

En cualquier momento del proceso, 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.

Sección 4: Apelaciones Externas solo para Medicaid

Usted o su médico pueden solicitar una Apelación Externa solo para **los beneficios cubiertos por Medicaid**.

Puede solicitar al estado de Nueva York una **apelación externa** independiente si nuestro plan decide denegar la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron porque:

- no es médicamente necesario o
- experimental o investigativo o
- no es diferente de la atención que puede obtener en la red del Plan o
- está disponible con un proveedor participante que cuenta con el correcto adiestramiento y experiencia para cumplir sus necesidades.

Esto se denomina Apelación Externa debido a que los revisores que no trabajan para el plan de salud o el estado toman la decisión. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el Estado de New York (el Estado). El servicio debe estar en el paquete de beneficios del Plan o ser un tratamiento experimental. Usted no tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de su apelación al estado:

- Usted debe presentar una Apelación de Nivel 1 al Plan y obtener la Notificación de Decisión sobre Apelación del Plan:
 -
- Puede solicitar una Apelación Externa acelerada al mismo tiempo si no ha recibido el servicio y solicita una apelación rápida. (Su médico tendrá que decir que es necesaria una apelación acelerada); **o**
- Usted y el Plan pueden acordar omitir el proceso de apelaciones del Plan e ir directamente a Apelación Externa; **o**
- Puede probar que el Plan no siguió las reglas correctamente al procesar su apelación de Nivel 1.

Tiene **4 meses** después de recibir la **Notificación sobre Decisión de Apelación** del Plan para solicitar una Apelación Externa. Si usted y el Plan acordaron omitir el proceso de apelaciones del Plan, entonces debe solicitar la Apelación Externa dentro de los 4 meses posteriores a la fecha en que hizo ese acuerdo.

Para solicitar una Apelación Externa, complete una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros.

- Puede llamar a Servicios para Miembros al 888-426-2774, si necesita ayuda para presentar una apelación. (Usuarios TTY deben llamar al 711).
- Usted y sus médicos deberán proporcionar información acerca de su problema médico.

- La solicitud de Apelación Externa dice qué información se necesitará.

A continuación, se muestran algunas formas de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros, 1-800-400-8882
- Vaya al sitio web del Departamento de Servicios Financieros en www.dfs.ny.gov .
- Contacte al plan de salud al 888-426-2774 y nuestro personal le ayudará. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

El revisor decidirá su Apelación Externa en 30 días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de la Apelación Externa solicita más información. El revisor le dirá a usted y al Plan la decisión final dentro de dos días luego de tomar la decisión.

Usted puede obtener una decisión más expedita si su doctor indica que un retraso generará un daño grave a su salud. Esto se denomina **Apelación Externa expedita**. El revisor de la Apelación Externa decidirá respecto a una apelación expedita en 72 horas o menos. El revisor le dirá a usted y al Plan la decisión de inmediato por teléfono o fax. Más adelante, el revisor le enviará una carta que indique la decisión.

En cualquier momento del proceso, 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.

Sección 5: Qué hacer si tiene un problema o reclamo acerca de nuestro plan

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

Esperamos que nuestro Plan lo atienda bien. Si tiene un problema con la atención o el tratamiento que recibe de nuestro personal o proveedores o si no le gusta la calidad de la atención o los servicios que recibe de nosotros, llame a Servicios para Miembros al 888-426-2774 (usuarios TTY llamar al 711) o escriba a Servicios para Miembros. El nombre formal para realizar un reclamo es presentar una queja.

Puede pedirle a alguien de su confianza que presente la queja por usted. Si necesita nuestra ayuda debido a una discapacidad auditiva o visual o si necesita servicios de traducción, podemos ayudarlo. No le pondremos las cosas difíciles ni tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

Cómo presentar un reclamo:

- **Por lo general, llamar a Servicios de Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que necesite hacer, Servicios de Miembros se lo indicará. Llame a Servicios para Miembros al:

1 de octubre al 31 de marzo: siete días de la semana, de 8:00 am a 8:00 pm
Llame al 888-426-2774. Los usuarios TTY deben llamar al 711.

1 de abril al 30 de septiembre: Lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
Llame al 888-426-2774. Los usuarios TTY deben llamar al 711.

- Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), **puede ingresar un reclamo por escrito y enviarnoslo.** Si puso su reclamo por escrito, responderemos a su reclamo por escrito. Cuando nos escriba, indíquenos con el mayor detalle su reclamo, incluida la fecha y hora del problema, el proveedor (si su reclamo es sobre un proveedor), y la descripción pormenorizada de lo que ocurrió. Luego, nos comunicaremos con usted para discutir su reclamo y procederemos a investigarlo.
- **Independiente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para Miembros de inmediato.** Puede presentar el reclamo en cualquier momento después de haber tenido el problema por el cual desea presentar dicho reclamo.

Qué sucede a continuación:

- **Si es posible, responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.
- Respondemos a las quejas dentro de 30 días calendario.
- Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una autorización de servicio o una apelación rápidas, automáticamente le otorgaremos un reclamo rápido. Si tiene una queja rápida, significa que le daremos una respuesta dentro de 24 horas.
- Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo notificaremos por escrito.
- Sin embargo, si ya nos solicitó una autorización de servicio o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación, se muestran ejemplos de situaciones en las que puede presentar una queja:
 - Si nos solicitó entregarle una autorización de servicio o una apelación rápidas y denegamos su petición.

- Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una autorización de servicio o una respuesta a una apelación que ha presentado.
- Cuando se revisa una autorización de servicio que tomamos y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos y usted cree que no cumplimos los plazos.
- Cuando no le damos una decisión a tiempo y no enviamos su caso a la Oficina de Audiencias antes de la fecha límite requerida.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no nos hacemos responsables del problema por el que se queja, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Apelaciones al Reclamo

Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre su reclamo respecto a sus beneficios de Medicaid, usted o alguien de su confianza puede presentar una **apelación al reclamo** ante el Plan.

Cómo presentar una apelación al reclamo:

- Si no está satisfecho con nuestra decisión, tiene al menos 60 días hábiles después de recibir noticias nuestras para presentar una apelación al reclamo;
- Puede hacerlo usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación al reclamo por usted.
- Debe presentar la apelación al reclamo por escrito.
 - Si presenta una apelación por teléfono, debe hacer un seguimiento por escrito.
 - Después de su llamada, le enviaremos un formulario que resume su apelación telefónica.
 - Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y devolvernos el formulario. Puede realizar los cambios necesarios antes de devolvernos el formulario.

Qué sucede después de recibir su apelación al reclamo:

Después de que obtengamos su apelación al reclamo, le enviaremos una carta dentro de 15 días hábiles. La carta le informará:

- Quién está trabajando en su apelación al reclamo.
- Cómo comunicarse con esta persona.
- Si necesitamos más información.

Una o más personas calificadas revisarán su apelación al reclamo. Estos revisores se encuentran en un nivel más alto que los revisores que tomaron la primera decisión sobre su queja.

Si la apelación al reclamo involucra asuntos clínicos, uno o más profesionales de la salud calificados revisarán su caso. Al menos uno de ellos será un revisor clínico colega que no participó en la toma de la primera decisión sobre su queja.

Le informaremos nuestra decisión dentro de los 30 días hábiles a partir del momento en que tengamos toda la información necesaria. Si es posible que una demora ponga en riesgo su salud, recibirá nuestra decisión en 2 días hábiles después de que tengamos toda la información que necesitamos para decidir la apelación. Le daremos las razones de nuestra decisión y nuestro fundamento clínico, si corresponde.

Si aún no está satisfecho, usted o alguien en su nombre puede presentar un reclamo en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-866 712-7197.

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 llamar a ICAN para obtener asesoría independiente y gratuita con respecto a su cobertura, reclamos y alternativas de apelación. Ellos pueden ayudarle a gestionar el proceso de apelación.

Contacte a ICAN para aprender más acerca de sus servicios:

- Teléfono: 1-844-614-8800 (Servicio de retransmisión TTY: Llamar al 711)
- Web: www.icannys.org
- Email: ican@cssny.org

CANCELACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA MAP DE HAMASPIK MEDICARE CHOICE

No se anulará la suscripción de los afiliados del Producto Medicaid Advantage Plus en base a cualquiera de los siguientes argumentos:

- Alto grado de uso de los servicios médicos cubiertos, una condición existente o un cambio en la salud del Afiliado, o
- capacidad mental disminuida o conducta poco colaboradora o disruptiva a raíz de sus necesidades especiales, salvo que su conducta propicie que un Afiliado deje de ser elegible para Medicaid Advantage Plus.

Usted puede darse de baja voluntariamente

Puede solicitar salir del programa MAP de Hamaspik Medicare Choice en cualquier momento y por cualquier motivo. Para solicitar su desvinculación, llame al 888-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

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 y Apoyos de Atención a Largo Plazo en la Comunidad (CBLTSS), como atención personal, debe unirse a otro Plan MLTC o programa de Exención Basado en el Hogar y la Comunidad para seguir recibiendo los servicios CBLTSS.

Deberá abandonar el Programa MAP de Hamaspik Medicare Choice si usted:

- Ya no está en afiliado a Hamaspik Medicare Choice para su cobertura de Medicare,
- Ya no es elegible para Medicaid,
- Necesita atención en un asilo de ancianos, pero no es elegible para Medicaid institucional,
- Está fuera del área de servicio del Plan durante más de 30 días consecutivos,
- Se muda permanentemente fuera del área de servicio de Hamaspik Medicare Choice,
- Ya no es elegible para el nivel de cuidado de residencia de ancianos según lo determinado por la Evaluación de salud comunitaria (CHA), a menos que se espere razonablemente que el término de los servicios proporcionados por el Plan pueda generar que usted sea elegible para el nivel de atención de residencia de ancianos dentro del periodo posterior de seis meses,
- 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 y apoyos de atención a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS),
- Su único servicio se identifica como Atención social de día,
- Se une a un programa de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad, o se convierte en residente de una instalación que esté bajo el patrocinio de las Oficinas para Personas con Discapacidades del Desarrollo, O
- Se convierte en residente de una instalación del programa residencial de una Oficina de Salud Mental u Oficina de Servicios y Apoyos para la Adicción (OASAS) (que no se considera un

Llámenos al 888-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Diciembre de 2023

beneficio cubierto del plan MAP) durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más.

Podríamos pedirle que abandone el Programa MAP de Hamaspik Medicare 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.
- Entrega a sabiendas información fraudulenta en un formulario de inscripción o permite el mal uso de una tarjeta de inscripción en el Programa MAP;
- No logra completar o dar cualquier autorización o divulgación necesaria; o
- Usted no paga o incurre en las disposiciones para realizar el pago, según lo determinado por el Distrito Local de Servicios Sociales (LDSS), 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 Medicare Choice debe obtener 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 se haya procesado la desafiliación. Si continúa su necesidad de contar con servicios CBLTSS, se le pedirá que elija otro plan o se le asignará automáticamente a otro plan que le proporcione la cobertura para los servicios necesarios.

COMPETENCIA LINGÜÍSTICA Y CULTURAL

Hamaspik Medicare 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 afiliados. 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 DE MIEMBROS

Hamaspik Medicare Choice realizará cada esfuerzo posible por garantizar que todos los miembros reciban un trato digno y respetuoso. En el momento de la inscripción, su Gestor de Atención le explicará sus derechos y responsabilidades. Si requiere servicios de interpretación, su Gestor de Atención se ocupará de esto. El personal realizará cada esfuerzo posible por ayudarle a ejercer sus derechos.

Derechos de Miembro

- Usted tiene el Derecho a recibir atención médicamente necesaria.
- Tiene Derecho a solicitar un acceso oportuno al cuidado y servicios.
- Tiene el Derecho de tener privacidad con respecto a su expediente médico y al conseguir tratamiento.
- Tiene el Derecho de obtener información acerca de las opciones de tratamiento disponibles y alternativas presentadas de una manera y con un lenguaje comprensible.
- Tiene el Derecho de obtener información en un lenguaje que entienda; usted puede obtener servicios de traducción sin cargo alguno.
- Tiene el Derecho de obtener información necesaria para entregar un consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.
- Tiene Derecho a un trato respetuoso y digno.
- Tiene el Derecho de obtener una copia de sus expedientes médicos y solicitar que los registros sean modificados o corregidos.
- Tiene el Derecho de formar parte de las decisiones con respecto a su atención de salud, incluido el derecho a rechazar tratamiento.

- Tiene el Derecho de estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento empleado como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tiene el Derecho de recibir atención, independiente de su género, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión.
- Tiene el Derecho de recibir información respecto a dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de su plan de atención a largo plazo controlada, incluso cómo obtener los beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red en caso de no estar disponibles en la red del plan.
- Tiene el derecho de quejarse ante el Departamento de Salud del Estado de New York o con su Departamento Local de Servicios Sociales; y el derecho de solicitar una audiencia imparcial a través de la Oficina de Audiencias Administrativas y/o de Apelación Externa del Estado de New York, cuando corresponda.
- Tiene el derecho de designar a alguien para que hable en su nombre en lo referente a su atención y tratamiento.
- Tiene el derecho a buscar la asistencia del programa Participant Ombudsman.

Responsabilidades de Miembro

- Recibir servicios cubiertos a través de Hamaspik Medicare Choice;
- Utilizar los proveedores de la red de Hamaspik Medicare Choice para servicios cubiertos en la medida en que estén disponibles los proveedores de red.
- Obtener autorización previa para servicios cubiertos, excepto para servicios cubiertos preaprobados o en emergencias;
- Ser revisado/a por un médico si se presenta un cambio en su condición de salud;
- Compartir su información de salud completa y precisa con sus proveedores de atención médica;
- Informar al personal de Hamaspik Medicare Choice respecto a cualquier cambio en su salud y avisar si no comprende o es incapaz de seguir instrucciones;
- Seguir el plan de atención recomendado por el personal de Hamaspik Medicare Choice (con su opinión);
- Cooperar y mostrar respeto hacia el personal de Hamaspik Medicare Choice y no discriminar al personal de Hamaspik Medicare Choice por motivos de raza, color, nacionalidad, capacidad mental o física, religión, edad, género, capacidad física o mental, orientación sexual o estado civil;

- Notificar a Hamaspik Medicare Choice dentro de dos días hábiles de la recepción de servicios sin cobertura o que no fueron preaprobados;
- Notificar al equipo de gestión de salud de Hamaspik Medicare Choice con antelación siempre que no se encuentre en casa para recibir servicios o atención que se hayan dispuesto para usted;
- Informar a Hamaspik Medicare Choice antes del traslado permanente del área de servicio o sobre cualquier ausencia prolongada del área de servicio;
- Asumir responsabilidad por sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de su cuidador;
- Pagar sus obligaciones financieras.

Instrucciones anticipadas

Las Instrucciones anticipadas son documentos legales que se aseguran de que sus solicitudes se cumplan en caso de que no pueda tomar decisiones por sí mismo. Las Instrucciones anticipadas pueden darse en forma de poder de atención médica, testamento vital o una orden de no resucitar. Estos documentos pueden instruir respecto 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. Contacte a su Gestor de Atención para obtener ayuda con la elaboración de estos documentos. Si ya tiene una instrucción anticipada, comparta una copia con su Gestor de Atención.

Información disponible a solicitud

- Información acerca de la estructura y operación de Hamaspik Medicare Choice.
- Criterio de revisión clínica específico asociado a una condición de salud particular y otra información que Hamaspik Medicare Choice considere al autorizar servicios.
- Políticas y procedimientos respecto a la información de salud protegida.
- Descripción escrita de los arreglos organizativos y los procedimientos en curso del programa de control de calidad y mejora de rendimiento.
- Políticas de acreditación de proveedor.
- Una copia reciente del estado financiero certificado de Hamaspik Medicare Choice; y de las políticas y procedimientos empleados por Hamaspik Medicare Choice para determinar la elegibilidad de un proveedor.