



Manual para miembros 2022

Plan de atención administrada a largo plazo de Senior Whole Health

MLTC_2022_15858



Cómo ponerse en contacto con Senior Whole Health of New York

Servicios para Miembros

(877) 353-0185 (TTY/TDD: 711)

Nuestro horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Llame al 911 o diríjase al hospital o centro de emergencias más cercano si cree que necesita atención de emergencia. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.

Transporte

(855) 558-1638

Fax de la empresa principal

(855) 818-4870

Dirección

15 MetroTech Center, 11th Floor
Brooklyn, NY 11201

Sitio web

www.SWHNYMembers.com

Índice

Bienvenido al plan de atención administrada a largo plazo de Senior Whole Health of New York.....	4
Ayuda de Servicios para Miembros.....	4
Requisitos para inscribirse en el plan MLTC.....	4
Cómo inscribirse.....	5
¿Qué sucede si decido no convertirme en miembro después de que haya comenzado el proceso de inscripción?.....	5
Centro de Evaluación e Inscripción sin Conflictos (CFEEC).....	5
Tarjeta de miembro del plan (ID).....	6
Cambios	6
Servicios cubiertos por el plan de MLTC de Senior Whole Health of New York	6
Servicios de gestión de atención.....	6
Planificación flexible de la atención centrada en la persona.....	7
Servicios cubiertos adicionales.....	7
Cómo obtener los servicios cubiertos.....	12
Limitaciones.....	12
Servicio de emergencia.....	12
Procedimientos de atención de transición.....	13
Money Follows the Person (MFP)/Open Doors.....	13
Servicios de Medicaid no cubiertos por nuestro plan.....	13
Autorizaciones de servicios, acciones y apelación de acción.....	14
Plazos para solicitudes de autorización previa.....	16
¿Qué es una acción?.....	16
¿Cómo me comunico con mi plan para presentar una apelación?.....	17
Proceso de apelación acelerado.....	18
Si el plan rechaza mi apelación, ¿qué puedo hacer?.....	19
Audiencias justas estatales.....	19
Apelaciones externas estatales.....	20
Defensor de Participantes.....	22
Cancelación de la inscripción del plan MLTC de SWH de NY	22
Cancelación voluntaria de la inscripción.....	22
Cancelación involuntaria de la inscripción.....	22
Competencia cultural y lingüística.....	23
Derechos y responsabilidades de los miembros.....	24
Información disponible previa solicitud.....	25

Bienvenido al plan de atención administrada a largo plazo de Senior Whole Health of New York

Bienvenido al plan de atención administrada a largo plazo (MLTC) de Senior Whole Health of New York (SWH of NY). El plan MLTC está especialmente diseñado para personas que tienen Medicaid y que necesitan servicios de atención médica y comunitaria a largo plazo, como atención domiciliaria y personal, para permanecer en sus hogares y comunidades el mayor tiempo posible.

Este manual le informa sobre las coberturas de beneficios adicionales (SWH of NY) desde que está inscrito en el plan. También le indica cómo solicitar un servicio, presentar una queja o cancelar la inscripción de (SWH of NY). Conserve este manual como referencia, incluye información importante sobre SWH of NY y las ventajas de nuestro plan. Necesita este manual para 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 que lo puede ayudar en los Servicios para Miembros:

De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Llame al 1-877-353-0185 (TTY 711)

Si necesita ayuda en otro momento, un administrador de atención está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana al 1-877-353-0185 (TTY 711).

Nuestros materiales están disponibles en idiomas y formatos alternativos de forma gratuita. Puede realizar una solicitud llamando a Servicios para Miembros al número de teléfono anteriormente mencionado.

Requisitos para inscribirse en el plan de MLTC

El MLTC es un plan para personas que tienen Medicaid. Puede inscribirse en el plan MLTC si cumple con lo siguiente.

1. Es mayor de 21 años.
2. Reside en el área de servicio del plan, que son los condados del Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens, Suffolk o Westchester.
3. Tiene Medicaid.
4. Solo tiene Medicaid y es elegible para el nivel de atención de una residencia de ancianos.
5. Es capaz, en el momento de la inscripción, de regresar o permanecer en su hogar y comunidad sin poner en peligro su salud y seguridad.
6. Se espera que necesite al menos uno de los siguientes servicios comunitarios de atención a largo plazo (CBLTCS) cubiertos por el plan MLTC durante un período continuo de más de 120 días a partir de la fecha de inscripción:
 - a. servicios de enfermería a domicilio
 - b. terapias a domicilio
 - c. servicios de un auxiliar médico a domicilio
 - d. servicios de cuidado personal a domicilio
 - e. atención médica diurna para adultos
 - f. enfermería privada
 - g. servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor

La cobertura explicada en este manual entra en vigencia en la fecha de su inscripción en el plan de MLTC (SWH of NY). La inscripción en el plan de MLTC es voluntaria.

Cómo inscribirse

Si desea inscribirse en SWH of NY, debe pasar por un proceso de elegibilidad que incluirá una evaluación del Centro de Evaluación e Inscripción sin Conflictos (CFEEC). El CFEEC es administrado por NY Medicaid Choice (Maximus). El propósito de la evaluación es verificar su elegibilidad para 120 días de servicios continuos de atención a largo plazo.

Una vez que Maximus determine que califica para inscribirse en un plan de MLTC, se le dará la oportunidad de seleccionar un plan de MLTC de su elección.

Si selecciona SWH of NY, una enfermera lo visitará para completar una evaluación de inscripción interna. Después de completar esta evaluación, se le ofrecerá un plan de atención con base en sus necesidades y metas individuales. Si lo aceptan, puede inscribirse en SWH of NY.

- Las evaluaciones completadas se envían diariamente a Maximus. Si las evaluaciones y la documentación se completan antes del día 20 de un mes en curso, se le inscribirá a partir del día 1 del mes siguiente.

¿Qué sucede si decido no convertirme en miembro después de que haya comenzado el proceso de inscripción?

En cualquier momento antes o durante el proceso de inscripción, puede cambiar de opinión y retirar su solicitud, incluso después de haber completado el proceso de solicitud de inscripción. Puede retirar una solicitud o un acuerdo de inscripción antes del mediodía del día 20 del mes anterior a la fecha de entrada en vigencia de la inscripción. Puede decirnos que desea retirarse de forma oral o por escrito. Después de este punto, aún podrá retirarse de SWH of NY solicitando la cancelación de la inscripción. Para obtener más información, consulte la sección de cancelación voluntaria de la inscripción.

¿Qué sucede si mi inscripción se rechaza?

- Si SHW of NY rechaza su inscripción en el plan, se lo notificaremos por correo.
- Si Maximus determina que se rechace la inscripción, se lo notificaremos por correo electrónico.

Centro de Evaluación e Inscripción sin Conflicto (CFEEC)

En los condados en los que es obligatorio inscribirse en la atención administrada a largo plazo (MLTC), un evaluador sin conflictos u otra entidad designada determinará la elegibilidad inicial. Las evaluaciones del CFEEC se llevan a cabo en su hogar, un hospital o una residencia de ancianos por una enfermera registrada. No se requiere una evaluación del CFEEC si se cambia desde otro plan de MLTC. Si vive en uno de estos condados y está interesado en unirse, debe comunicarse con el evaluador sin conflictos. Cuando determinen la elegibilidad, enviarán su información al plan de su elección. Para comunicarse con el CFEEC, llame al 1-855-222-8350 (TTY 1-888-329-1546) de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 10 a.m. a 6 p.m. Los consejeros hablan todos los idiomas.

Tarjeta de miembro del plan (ID)

Recibirá su tarjeta de identificación (ID) (SWH of NY) en un plazo de siete a diez (7-10) días a partir de la fecha de inscripción efectiva. Verifique que toda información es correcta en su tarjeta. Asegúrese de llevar consigo su tarjeta de identificación en todo momento junto con su tarjeta de Medicaid. Si pierde su tarjeta o se la roban, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-877-353-0185 (TTY 711).

Cambios

Si desea cambiarse a otro plan de MLTC de Medicaid

Puedes probarnos durante 90 días. Puede retirarse del plan (SWH of NY) e inscribirse en otro plan médico en cualquier momento durante ese tiempo. Si no se retira en los primeros 90 días, debe permanecer en el plan (SWH of NY) durante nueve meses más, a menos que tenga un motivo válido (motivo justificado). Algunos ejemplos de motivo válido incluyen:

- Se muda 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 retirarse del plan (SWH of NY) es lo mejor para usted.
- Su proveedor de atención domiciliaria actual no trabaja con nuestro plan.
- No hemos podido brindarle los servicios que se nos exigen en virtud de nuestro contrato con el Estado.

Si califica, puede cambiarse a otro tipo de plan de atención administrada a largo plazo como Medicaid Advantage Plus (MAP) o programas de atención integral para personas de la tercera edad (PACE) en cualquier momento sin un motivo válido.

Para cambiar de plan: llame a New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678. Los asesores de New York Medicaid Choice pueden ayudarlo a cambiar de plan médico.

Su inscripción en un nuevo plan puede tardar entre dos y seis semanas en activarse. Recibirá un aviso de New York Medicaid Choice indicándole la fecha en que se inscribirá en su nuevo plan. SWH of NY le brindará la atención que necesita hasta entonces.

Llame a New York Medicaid Choice si necesita solicitar una acción más rápida porque el tiempo que lleva cambiar los planes será perjudicial para su salud. También puede solicitarles una acción más rápida si les ha dicho a New York Medicaid Choice que no aceptó inscribirse en SWH of NY.

Servicios cubiertos por el plan de MLTC de Senior Whole Health of New York

Servicios de gestión de atención

Como miembro de nuestro plan, obtendrá servicios de gestión de atención. Nuestro plan le proporcionará un equipo de gestión de atención y un administrador de atención que es un profesional de atención médica, generalmente un enfermero o un trabajador social. Su administrador de atención trabajará con usted, su médico y su equipo de gestión de atención para decidir los servicios que necesita y desarrollar un plan de atención. Su administrador de atención o un miembro de su equipo de gestión de atención también programará citas para cualquier servicio que necesite y organizará el transporte a esos servicios.

Su administrador de atención es un profesional de atención médica con experiencia en atención a largo plazo, atención aguda y atención comunitaria. Los administradores de atención también conocen los servicios en el hogar y en la comunidad y los servicios de apoyo a largo plazo y tienen experiencia en el cuidado de personas de la tercera edad y personas con enfermedades crónicas. Trabajan con usted para ayudarlo a gestionar su atención y sus afecciones.

Su administrador de atención trabajará con usted para crear la planificación de los servicios centrados en la persona (PCSP) integral y apropiado para sus necesidades de atención y servicios. La gestión de atención lo ayuda a obtener los servicios cubiertos identificados en su PCSP, así como servicios médicos, sociales, educativos, financieros y de otro tipo que respaldan su PCSP.

Su administrador de atención se reunirá con usted al menos una vez al año y, según sea necesario, cada seis meses para revisar su PCSP y sus necesidades de servicios. Su administrador de atención también revisará su estado de salud actual y confirmará su elegibilidad para seguir recibiendo la atención y los servicios autorizados en su PCSP. Puede llamar a su administrador de atención o a un miembro de su equipo de gestión de atención para solicitar cualquier servicio que no haya sido previamente autorizado o incluido en su PCSP y para solicitar que estos servicios se autoricen en su PCSP. Su administrador de atención y otros miembros de su equipo de atención interdisciplinaria revisarán su solicitud y le informarán si la solicitud o el servicio se aprueban y figurarán en su PCSP.

Los administradores de atención están disponibles 24/7

Puede llamar para hablar con un administrador de atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Responderemos a las llamadas recibidas los fines de semana, días festivos y fuera del horario laboral el mismo día en que las reciba el administrador de atención de guardia.

Planificación flexible de la atención centrada en la persona

Entendemos que sus necesidades y servicios pueden cambiar. Brindamos flexibilidad en el desarrollo de una PCSP que satisfaga sus necesidades individuales. Nuestros beneficios incluyen una amplia gama de servicios de apoyo a largo plazo y servicios en el hogar y en la comunidad que lo ayudan a mantener su independencia mientras permanece en su hogar y en la comunidad. Su administrador de atención trabajará con usted (y un cuidador o miembro de la familia, si lo desea) y su médico para desarrollar su PCSP y ayudarlo a usted y a su familia a determinar los servicios médicos y sociales apropiados. Recibirá su PCSP aprobada dentro de los 15 días posteriores a su inscripción en SWH of NY y nuevamente durante su reevaluación o evaluación anual.

Servicios cubiertos adicionales

Debido a que tiene Medicaid y califica para MLTC, SWH of NY organizará y pagará los servicios sociales y médicos adicionales que se describen a continuación. Puede obtener estos servicios siempre que sean médicamente necesarios, es decir, que sean 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. Debe obtener estos servicios de los proveedores que están en la red de SWH of NY. Si no puede encontrar un proveedor en nuestro plan con la capacitación o la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades, puede obtener una remisión a un proveedor de atención médica fuera de la red. En caso de que necesite un proveedor fuera de la red, comuníquese con su administrador de atención para que lo ayude a obtener una autorización.

Si no obtiene la autorización antes de recibir los servicios, no se le pagará al proveedor fuera de la red. Si tiene preguntas sobre este proceso, llame a Servicios para Miembros al 1-877-353-0185 (TTY 711).

Servicios cubiertos adicionales

Atención médica diurna para adultos

La atención y los servicios brindados en un centro de atención médica residencial o en un sitio de extensión aprobado deben brindarse:

- Bajo la dirección de un médico
- Por el personal de atención médica diurna para adultos
- Con base en la evaluación integral de las necesidades del miembro y el plan de atención
- Con coordinación permanente del plan de atención médica

Incluye transporte.

Se requiere autorización previa.

Audiología

Tratamiento y equipo para ayudarlo a escuchar mejor. Los exámenes de audición y los audífonos los brinda una red de audiólogos locales e independientes en el área de servicio de SWH of NY. Cada examen lo realiza un audiólogo debidamente autorizado. Si cree que necesita un examen de audición, es posible que le pidamos que acuda primero a su médico para asegurarnos de que otro problema de salud no esté afectando su capacidad auditiva. También cubrimos baterías para sus audífonos.

Se requiere autorización previa.

Programa de Asistencia Personal Dirigida al Consumidor (CDPAS)

Servicios para miembros con enfermedades crónicas o discapacidades físicas que necesitan ayuda médica para las actividades de la vida diaria (ADL) o servicios de enfermería especializada. Incluye cualquiera de los servicios brindados por un auxiliar de cuidado personal (asistente a domicilio), auxiliar médico a domicilio o personal de enfermería. Tiene flexibilidad y libertad para elegir a sus cuidadores. Usted, o la persona que actúe en su nombre, es responsable de contratar, despedir, capacitar, supervisar y terminar el contrato, si es necesario.

Se requiere autorización previa.

Servicios dentales

Un servicio que brinda un tipo especial de proveedor que trata sus dientes y encías. Los servicios dentales son brindados por DentaQuest. Puede contactarlos al 1-855-343-4272.

Su cobertura incluye:

- Examen y limpieza bucal anual
- Dentaduras postizas médicamente necesarias, ajuste y alineación (un juego completo cada 4 años)
- Implantes dentales, sujetos a necesidad médica*

***Se requiere autorización previa para implantes dentales.** La solicitud debe ir acompañada de una carta del médico que explique cómo los implantes ayudarán con su problema médico. Además, una carta del dentista que explique por qué otras alternativas no corregirán su condición y por qué necesita implantes.

Servicios cubiertos adicionales

Equipo médico duradero (DME):

Artículos para ayudar con la atención médica y para cuidarse. El DME incluye suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas enterales y parenterales, baterías para audífonos, prótesis, ortesis y calzado ortopédico, bastones, cama de hospital, sillas de ruedas, oxígeno y andadores.

Es posible que se requiera autorización previa para algunos equipos.

Comidas entregadas a domicilio o en áreas de reunión

Comidas que se ofrecen a domicilio o en áreas de reunión, como centros para personas de la tercera edad para aquellas que no pueden preparar comidas o tenerlas preparadas.

Se requiere autorización previa.

Servicios de atención médica en el hogar (no cubiertos por Medicare)

Servicios prestados en su hogar. Estos servicios pueden ser brindados por personal con licencia o sin licencia. Incluye enfermería, auxiliar médico a domicilio, terapia ocupacional, física y del habla.

Se requiere autorización previa.

Servicios sociales médicos

Se comprueba, se pone en marcha y se brinda ayuda para los problemas sociales con el fin de mantenerlo en su hogar. Los servicios los brinda un trabajador social calificado y se prestan dentro de un plan de atención.

Se requiere autorización previa.

Suministros médicos

Productos necesarios para atender una afección médica. Por lo general, estos productos no los reutilizan otras personas. Medicaid de New York nos permite pagar las medias de compresión y soporte solo cuando se usan para tratar úlceras por estasis venosa.

Se requiere autorización previa.

Transporte que no sea de emergencia

Incluye transporte que no sea de emergencia de ida y vuelta a una cita médica. Para programar el transporte, llame al 1-855-558-1638 y siga las indicaciones. El transporte debe programarse al menos 3 (tres) días antes de su cita. Puede programar su transporte hasta con 30 días de anticipación.

Se requiere autorización previa.

Nutrición

Incluye evaluación de necesidades nutricionales, desarrollo y evaluación de planes de tratamiento, educación nutricional y asesoramiento. Incluye consideraciones culturales.

Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos adicionales

Atención en una residencia de ancianos (no cubierto por Medicare)

Una residencia de ancianos es un lugar para personas que no necesitan estar en un hospital pero que no pueden ser atendidas en el hogar. La mayoría de las residencias de ancianos tienen auxiliares de enfermería y personal de enfermería capacitado disponibles las 24 horas del día. Algunas residencias de ancianos están organizadas como un hospital. El personal brinda atención médica, así como fisioterapia, terapia del habla y ocupacional. Puede haber una sala de enfermeras en cada piso. Otras residencias de ancianos intentan parecerse más a un hogar. Tratan de que tenga un ambiente de vecindario. A menudo, no tienen un horario diario fijo, y las cocinas pueden estar abiertas para los residentes. Se alienta a los miembros del personal a desarrollar relaciones con los residentes.

Algunas residencias de ancianos tienen unidades de atención especial para personas con problemas graves de memoria, como la enfermedad de Alzheimer. Las residencias de ancianos no son solo para personas de la tercera edad, sino para cualquier persona que requiera atención las 24 horas. Para que SWH of NY pague la atención en una residencia de ancianos, debe ser elegible para recibir la atención en una residencia de ancianos de Medicaid en New York.

Se requiere autorización previa.

Optometría

Los servicios de la vista incluyen:

- Exámenes de la vista preventivos anuales
- Exámenes de la vista médicamente necesarios
- Anteojos brindados por optometristas de la red (deben ser médicamente necesarios)
 - Se limita a un par de anteojos cada 2 (dos) años a menos que cambie su receta

Para los miembros que requieren corrección tanto de lejos como para la lectura, pueden obtener un par de cada uno cada 2 (dos) años

Se requiere autorización previa.

Rehabilitación ambulatoria

Los servicios cubiertos incluyen:

- Fisioterapia y terapia ocupacional
- Terapia del habla y lenguaje
- Terapia de rehabilitación cardíaca
- Terapia social y psicológica
- Servicios del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)

Se requiere autorización previa.

Cuidado personal

Servicio para ayudarlo a permanecer en su hogar en lugar de ir a una residencia de ancianos. El cuidado personal incluye servicios tales como limpieza, preparación de comidas, bañarse, ir al baño y aseo.

Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos adicionales

Sistema de respuesta ante emergencias personal (PERS)	<p>Un dispositivo electrónico que envía una alerta si no está seguro o se ha caído y no puede levantarse por sí mismo.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Podología	<p>Cuidado de los pies por un podólogo (médico de los pies). Cuidado de los pies, incluido el examen inicial, corte de uñas y eliminación de callosidades cuando sea médicamente necesario.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Enfermería privada	<p>Debe ser brindado por una enfermera profesional registrada (RN) o una enfermera práctica con licencia (LPN) que posea una licencia y un registro actual del Departamento de Educación del Estado de New York. Los servicios pueden brindarse a través de una agencia de salud a domicilio certificada y aprobada, una agencia de atención domiciliar autorizada o un médico privado.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Prótesis y órtesis	<p>Las prótesis son partes del cuerpo hechas por el hombre (que no son dentales) que se utilizan para reemplazar las partes del cuerpo que faltan. Las órtesis son plantillas especiales para el calzado.</p> <ul style="list-style-type: none">• El calzado recetado se limita al tratamiento de diabéticos o cuando el calzado es parte de un aparato ortopédico para la pierna (órtesis). <p>Se requiere autorización previa.</p>
Terapia respiratoria	<p>Coordinaremos con sus profesionales de atención médica el equipo médico, los suministros, la terapia respiratoria y el oxígeno necesarios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Guardería social	<p>La guardería social se dispone como un lugar seguro al que puede ir para recibir atención y reunirse con otras personas. Los servicios de guardería social incluyen tiempo con otros adultos, supervisión, cuidado personal y ayuda con su nutrición. Algunas guarderías sociales tienen más servicios y pueden incluir ayuda para su cuidador, ayuda con habilidades para la vida, coordinación de la atención y transporte.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Apoyos sociales/ en materia del entorno	<p>Los apoyos sociales son personas y herramientas que lo ayudan a mantenerse en contacto con otras personas.</p> <p>Los apoyos en materia del entorno son cambios en su hogar que aumentan su capacidad para hacer cosas por su cuenta o ayudar con su cuidado. Los apoyos sociales y en materia del entorno incluyen servicios tales como las tareas de mantenimiento del hogar, servicios domésticos/quehaceres domésticos, mejora de la vivienda y cuidado de relevo.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Cómo obtener los servicios cubiertos

Para los servicios cubiertos que aparecen en el cuadro anterior, es posible que necesite una orden de su médico o la aprobación previa de SWH of NY.

Para otros, puede acceder al servicio directamente. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al 1-877-353-0185 (TTY 711). El representante de Servicios para Miembros con gusto lo ayudará con sus necesidades o transferirá su solicitud a su administrador de atención.

La autorización es el proceso mediante el cual el médico del miembro o SWH of NY determina que un servicio cubierto en SWH of NY es médicamente necesario para la afección, enfermedad o dolencia del miembro.

Servicios cubiertos: rehabilitación ambulatoria

Fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia del habla (ST)

SWH of NY eliminó los límites de servicio de fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia del habla (ST). En su lugar, SWH of NY cubrirá las visitas de PT, OT y ST médicamente necesarias ordenadas por un médico u otro profesional con licencia. Se requiere autorización previa.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para Miembros al 1-877-353-0185 (TTY 711).

Limitaciones

- La fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limitan a las personas que no pueden alimentarse por ningún otro medio, y a las siguientes condiciones: 1) personas alimentadas por sonda que no pueden masticar ni tragar alimentos y deben alimentarse a través de una fórmula por sonda; y 2) personas con trastornos metabólicos congénitos poco comunes que requieren fórmulas médicas específicas para aportar nutrientes esenciales que no están disponibles por ningún otro medio. 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.
- La atención en una residencia de ancianos está cubierta durante 3 (tres) meses para las personas que se consideran una ubicación permanente durante al menos tres meses. Después de ese período, su atención en la residencia de ancianos se puede cubrir a través de Medicaid regular.

Obtener atención fuera del área de servicio

Debe informar a su administrador de atención cuando se movilice fuera de su área de cobertura. Si necesita servicios fuera de su área de cobertura, debe comunicarse con su administrador de atención para que lo ayude a programar los servicios.

Servicio de emergencia

Servicio de emergencia se refiere a la aparición repentina de una afección que representa una amenaza grave para su salud. Para emergencias médicas, llame al 911. Como se indicó anteriormente, no se necesita autorización previa para el servicio de emergencia. Sin embargo, debe notificar a SWH of NY dentro de las 24 horas posteriores a la emergencia. Es posible que necesite servicios de atención a largo plazo que solo se pueden proporcionar a través de SWH of NY.

Si está hospitalizado, un familiar u otro cuidador debe comunicarse con SWH of NY dentro de las 24 horas posteriores a la admisión. Su administrador de atención suspenderá sus servicios de atención domiciliaria y cancelará otras citas, según sea necesario. Asegúrese de notificar a su médico de atención primaria o al planificador de altas hospitalarias que se comuniquen con SWH of NY para que podamos trabajar con ellos en la planificación de su atención después del alta del hospital.

Procedimientos de atención de transición

Los miembros nuevos en SWH of NY pueden continuar un plan de tratamiento actual durante un período de transición de hasta 60 días desde la inscripción con un proveedor de atención médica fuera de la red si el proveedor acepta el pago con la tarifa del plan, se adhiere a la garantía de calidad de SWH of NY y otras políticas, y proporciona información médica sobre la atención del plan.

Si su proveedor abandona la red, el plan de tratamiento actual puede continuar durante un período de cambio de hasta 90 días si el proveedor acepta el pago con la tarifa del plan, se adhiere a la garantía de calidad del mismo y otras políticas, y proporciona información médica sobre la atención del plan.

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

Esta sección explicará los servicios y apoyos que están disponibles a través de Money Follows the Person (MFP)/Open Doors. MFP/Open Doors es un programa que puede ayudarlo a mudarse de una residencia de ancianos a su hogar o residencia en la comunidad. Puede calificar para MFP si:

- Ha vivido en una residencia de ancianos durante tres meses o más.
- Tienen necesidades de salud que se pueden satisfacer a través de servicios en su comunidad.

MFP/Open Doors cuenta con personas, llamadas especialistas en transición y colegas, que pueden reunirse con usted en la residencia de ancianos y hablar con usted acerca de regresar a la comunidad. Los especialistas en transición y colegas son diferentes de los administradores de atención y los planificadores del alta. Ellos pueden ayudarlo de la siguiente manera:

- Informarle sobre los servicios y apoyos en la comunidad.
- Encontrar servicios ofrecidos en la comunidad para ayudarlo a ser independiente.
- Visitarlo o llamarlo después de que se mude para asegurarse de que tenga lo que necesita en el hogar.

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

Servicios de Medicaid no cubiertos por nuestro plan

Hay algunos servicios de Medicaid que el plan (SWH of NY) no cubre, pero que pueden estar cubiertos 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 1-877-353-0185 (TTY 711) si tiene alguna pregunta sobre si un beneficio está cubierto por el plan (SWH of NY) o Medicaid. Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid usando su tarjeta de beneficios de Medicaid incluyen:

Farmacia

La mayoría de los medicamentos recetados y de venta libre, así como los medicamentos recetados combinados, están cubiertos por Medicaid regular o la Parte D de Medicare si tiene Medicare.

Ciertos servicios de salud mental, incluidos: tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica

- Tratamiento de día
- Administración de casos para enfermos mentales graves y persistentes (patrocinada por unidades de salud mental estatales o locales)
- Atención hospitalaria parcial no cubierta por Medicare
- Servicios de rehabilitación para personas en hogares comunitarios o en tratamiento familiar
- Tratamiento de día continuo
- Tratamiento asertivo comunitario
- Servicios personalizados orientados a la recuperación

Ciertos servicios de retraso mental y discapacidades del desarrollo, que incluyen:

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento de día
- Coordinación de servicios de Medicaid
- Servicios recibidos en el marco de la exención de servicios a domicilio y comunitarios

Otros servicios de Medicaid que incluyen:

- Tratamiento con metadona
- Terapia de observación directa para la tuberculosis (TB)
- Manejo de casos de VIH COBRA
- Terapia de conversión o reparadora
- Planificación familiar

Servicios no cubiertos por SWH of NY o Medicaid

Debe pagar los servicios que no están cubiertos por SWH of NY 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 SWH of NY o Medicaid son:

- Cirugía estética si no es médicamente necesaria
- Artículos personales y de bienestar
- Tratamiento de infertilidad
- Servicios de un proveedor que no forma parte del plan (a menos que SWH of NY lo envíe a ese proveedor)

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-877-353-0185 (TTY 711).

Autorizaciones de servicios, acciones y apelación de acción

Cuando solicita la aprobación de un tratamiento o servicio, se denomina solicitud de autorización de servicio. Para presentar una solicitud de autorización de servicio, usted o su proveedor pueden

llamar a nuestro número gratuito de Servicios para Miembros al 1-877-353-0185 (TTY 711) o enviar su solicitud por escrito a:

Senior Whole Health of New York
15 MetroTech Center, 11th Floor
Brooklyn, New York 11201

Autorizaremos los servicios en una cierta cantidad y por un período de tiempo específico. Esto se llama un período de autorización.

Autorización previa

Algunos servicios cubiertos requieren autorización previa (aprobación por adelantado) del equipo de gestión de utilización (UM) de SWH of NY antes de recibirlos o para poder continuar recibiendo. Usted o alguien en quien confíe puede solicitar esto. Los siguientes tratamientos y servicios deben ser aprobados antes de recibirlos:

Para obtener una autorización previa, llame a Servicios para Miembros al 1-877-353-0185 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Revisión concurrente

También puede pedirle a SWH of NY que obtenga más de un servicio del que está recibiendo ahora. Esto se llama revisión concurrente.

Revisión retrospectiva

A veces haremos una revisión de la atención que está recibiendo para ver si aún la necesita. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya recibió. Esto se llama revisión retrospectiva. Le diremos si hacemos estas revisiones.

¿Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicio?

El plan tiene un equipo de revisión para asegurarse de que reciba los servicios que prometemos. Los médicos y el personal de enfermería están en el equipo de revisión. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que solicitó sea médicamente necesario y adecuado para usted. Lo hacen comparando su plan de tratamiento con los estándares médicos aceptables.

Podemos decidir denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto inferior al solicitado. Estas decisiones las tomará un profesional de atención médica calificado. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión la tomará un revisor clínico, que puede ser un médico, una enfermera o un profesional de atención médica que normalmente brinda la atención que solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados criterios de revisión clínica, utilizados para tomar la decisión de acciones relacionadas con la necesidad médica.

Una vez que recibamos su solicitud, la revisaremos mediante un proceso estándar o rápido. Usted o su médico pueden solicitar una revisión rápida si se cree que una demora causará un daño grave a su salud. Si se deniega su solicitud de revisión rápida, se lo informaremos y su solicitud se manejará según el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan pronto como su afección médica lo requiera, pero no más tarde de lo que se indica a continuación.

Plazos para solicitudes de autorización previa

- Revisión estándar: tomaremos una decisión sobre su solicitud dentro de los 3 días hábiles posteriores al momento en que tengamos toda la información que necesitamos, pero recibirá noticias nuestras a más tardar 14 días después de que recibamos su solicitud. Le informaremos antes del día 14 si necesitamos más información.
- Revisión rápida: tomaremos una decisión y tendrá noticias nuestras dentro de las 72 horas. Le informaremos dentro de las 72 horas si necesitamos más información.

Plazos para solicitudes de revisión concurrentes

- Revisión estándar: tomaremos una decisión dentro de 1 día hábil después de que tengamos toda la información que necesitamos, pero tendrá noticias nuestras a más tardar 14 días después de que recibamos su solicitud.
- Revisión rápida: tomaremos una decisión dentro de 1 día hábil después de que tengamos toda la información que necesitamos. Tendrá noticias nuestras dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Le informaremos dentro de 1 día hábil si necesitamos más información.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o rápida sobre su solicitud de servicio, los plazos anteriores pueden extenderse hasta 14 días. Haremos lo siguiente:

- Escribir y decirle qué información se necesita. Si su solicitud se encuentra en una revisión rápida, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos un aviso por escrito más tarde.
- Decirle por qué la demora lo beneficia.
- Tomar una decisión tan pronto como podamos cuando recibamos la información necesaria, pero no más tarde de 14 días a partir del día en que solicitamos más información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también puede solicitarnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que tiene más información para darle al plan para ayudar a decidir su caso. Esto se puede hacer llamando al 1-877-353-0185 (TTY 711) o escribiendo.

Usted o alguien de su confianza puede presentar una queja ante el plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar 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 New York llamando al 1-866-712-7197.

Si nuestra respuesta es afirmativa en parte o en todo lo que solicita, autorizaremos el servicio o le daremos el artículo que solicitó.

Si nuestra respuesta es negativa a parte o a todo lo que solicita, le enviaremos un aviso por escrito que explica por qué dijimos que no. Consulte la sección ¿Cómo presento una apelación de una acción? que explica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

¿Qué es una acción?

Cuando SWH of NY niega o limita los servicios solicitados por usted o su proveedor; niega una solicitud de remisión; decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; restringe, reduce, suspende o finaliza los servicios que ya autorizamos; niega el pago de los servicios; no brinda servicios oportunos; o no hace determinaciones de quejas o apelaciones dentro de los plazos requeridos, esas se consideran "acciones" del plan. Una acción está sujeta a apelación (consulte la sección ¿Cómo presento una apelación de una acción? a continuación para obtener más información).

Momento del aviso de acción

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

Contenido del aviso de acción

En cualquier aviso que le enviemos sobre una acción se hará lo siguiente:

- Explicar la acción que hemos tomado o pretendemos tomar.
- Citar los motivos de la acción, incluida la justificación clínica, si la hubiere.
- Describir su derecho a presentar una apelación ante nosotros (incluido si también puede tener derecho al proceso de apelación externa del Estado).
- Describir cómo presentar una apelación interna y las circunstancias en las que puede solicitar que aceleremos (agilicemos) nuestra revisión de su apelación interna.
- Describir la disponibilidad de los criterios de revisión clínica en los que se basó para tomar la decisión, si se trataba de asuntos de necesidad médica o si el tratamiento o servicio en cuestión era experimental o de investigación.
- Describir la información, si corresponde, que usted o su proveedor deben proporcionar para que podamos tomar una decisión sobre la apelación.

El aviso también le informará sobre su derecho a una apelación y una audiencia justa estatal:

- Explicará la diferencia entre una apelación y una audiencia justa.
- Le indicará que debe presentar una apelación antes de solicitar una audiencia justa.
- Explicará cómo solicitar una apelación.

Si reducimos, suspendemos o finalizamos un servicio autorizado, el aviso también le informará sobre sus derechos para que sus servicios continúen mientras se decide su apelación. Para que sus servicios continúen, debe solicitar una apelación dentro de los 10 (diez) días a partir de la fecha del aviso o la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción propuesta, la que sea posterior.

¿Cómo presento una apelación de una acción?

Si no está de acuerdo con una acción que hayamos tomado, puede apelar. Cuando presenta una apelación, significa que debemos analizar nuevamente el motivo de nuestra acción para decidir si estábamos en lo correcto. Puede presentar una apelación de una acción ante el plan oralmente o por escrito. Cuando el plan le envía una carta sobre una acción que está tomando (como denegar o limitar los servicios, o no pagarlos), debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días posteriores a la fecha del aviso. Si reducimos, suspendemos o finalizamos un servicio autorizado y desea que sus servicios continúen mientras se decide su apelación, debe solicitar una apelación dentro de los 10 (diez) días posteriores a la fecha del aviso o la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción propuesta, la que sea posterior.

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

Puede comunicarse con nosotros llamando al 1-877-353-0185 (TTY 711). O escribiendo a:

Senior Whole Health of New York
15 MetroTech Center, 11th Floor
Brooklyn, New York 11201

La persona que recibe su apelación la registrará y el personal apropiado supervisará la revisión de la apelación. Le enviaremos un aviso informándole que recibimos su apelación y cómo la manejaremos. Su apelación la revisará el personal clínico capacitado que no participó en la decisión o acción inicial del plan que está apelando.

Para algunas acciones, puede solicitar la continuación del servicio durante el proceso de apelación

Si apela una restricción, reducción, suspensión o finalización de los servicios que actualmente está autorizado a recibir, debe solicitar una apelación del plan para continuar recibiendo estos servicios mientras se decide su apelación. Debemos continuar su servicio si solicita una apelación del plan a más tardar 10 (diez) días a partir de la fecha del aviso sobre la restricción, reducción, suspensión o finalización de los servicios o de la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción propuesta, la que sea posterior. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación del plan y solicitar que continúe la ayuda, consulte la sección ¿Cómo presento una apelación de una acción? anteriormente presentada.

Aunque puede solicitar la continuación de los servicios, si la apelación del plan no se resuelve a su favor, es posible que le solicitemos que pague por estos servicios si se proporcionaron solo porque solicitó continuar recibéndolos mientras se revisaba su caso.

¿Cuánto tiempo le tomará al plan decidir mi apelación de una acción?

A menos que su apelación se acelere, revisaremos su apelación de la acción que tomamos como una apelación estándar. Le enviaremos una decisión por escrito tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero a más tardar 30 días a partir del día en que recibamos la apelación (el período de revisión se puede aumentar hasta 14 días si solicita una extensión o si necesitamos más información y el retraso es de su interés). Durante nuestra revisión, tendrá la oportunidad de presentar su caso en persona y por escrito. También le enviaremos sus registros que forman parte de la revisión de la apelación.

Le enviaremos un aviso sobre la decisión que tomamos sobre su apelación que identificará la decisión que tomamos y la fecha en que llegamos a esa decisión.

Si revertimos nuestra decisión de denegar o limitar los servicios solicitados, o restringir, reducir, suspender o finalizar los servicios, y los servicios no se brindaron mientras su apelación estaba pendiente, le proporcionaremos los servicios en disputa tan pronto como su estado de salud lo requiera. En algunos casos, puede solicitar una apelación "acelerada" (consulte la sección Proceso de apelación acelerada a continuación).

Proceso de apelación acelerada

Siempre aceleraremos nuestra revisión si la apelación se trata de su solicitud de más de un servicio que ya está recibiendo. Si usted o su proveedor consideran 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 de la acción. Le responderemos con nuestra decisión en un plazo de 2 días hábiles posteriores a la recepción de toda la información necesaria. En ningún caso el tiempo para emitir nuestra decisión será mayor a 72 horas después de que

recibamos su apelación (el período de revisión se puede aumentar hasta 14 días si solicita una extensión o si necesitamos más información y la demora es de su interés).

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

Si el plan deniega mi apelación, ¿qué puedo hacer?

Si nuestra decisión sobre su apelación no es totalmente a su favor, el aviso que reciba le explicará su derecho a solicitar una audiencia justa de Medicaid del estado de New York y cómo obtenerla, quién puede comparecer en la audiencia justa en su nombre, y en el caso de algunas apelaciones, su derecho a solicitar recibir servicios mientras la audiencia está pendiente y cómo realizar la solicitud.

Nota: debe solicitar una audiencia justa dentro de los 120 días calendario posteriores a la fecha del Aviso de determinación adversa final.

Si denegamos su apelación por asuntos de necesidad médica o porque el servicio en cuestión era experimental o de investigación, el aviso también explicará cómo solicitar al estado de New York una "apelación externa" de nuestra decisión.

Audiencias justas estatales

Si denegamos su apelación del plan o no proporcionamos un Aviso de determinación adversa final dentro de los plazos indicados en la sección **¿Cuánto tiempo le tomará al plan decidir mi apelación de una acción?** anteriormente presentada, puede solicitar una audiencia justa al estado de New York. La decisión de la audiencia justa puede anular nuestra decisión. Debe solicitar una audiencia justa dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha en que le enviamos el Aviso de determinación adversa final.

Si reducimos, suspendemos o finalizamos un servicio autorizado y desea asegurarse de que sus servicios continúen pendientes de la audiencia justa, debe realizar su solicitud de audiencia justa dentro de los 10 (diez) días posteriores a la fecha del Aviso de determinación adversa final.

Sus beneficios continuarán hasta que retire la audiencia justa o hasta que el funcionario de audiencias justas del estado emita una decisión de la audiencia que no sea a su favor, lo que ocurra primero.

Si el funcionario de audiencias justas del estado revoca nuestra decisión, debemos asegurarnos de que reciba los servicios en disputa de inmediato y tan pronto como lo requiera su estado de salud. 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 justas.

Si bien puede solicitar la continuación de los servicios mientras espera la decisión de su audiencia justa, si la misma no se decide a su favor, es posible que deba pagar los servicios que fueron objeto de la audiencia justa.

Puede presentar una audiencia justa estatal comunicándose con la Oficina de Asistencia Temporal y para Personas con Discapacidad:

- **Formulario de solicitud en línea:** <https://errswbnet.otda.ny.gov/errswbnet/erequestform.aspx>
- **Envíe un formulario de solicitud imprimible:**
NYS Office of Temporary and Disability Assistance

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

- **Envíe por fax un formulario de solicitud imprimible:** 1-518-473-6735

- **Solicitud por teléfono:**

Línea estándar de audiencia justa: 1-800-342-3334

Línea de emergencia de audiencia justa: 1-800-205-0110

Línea TTY – 711 (solicite que el operador llame al 1-877-502-6155)

- **Solicitud en persona:**

New York City

14 Boerum Place, 1st Floor
Brooklyn, New York 11201

Albany

40 North Pearl Street, 15th Floor
Albany, New York 12243

Para obtener más información sobre cómo solicitar una audiencia justa, visite:
<http://otda.ny.gov/hearings/request/>

Apelaciones externas estatales

Si denegamos su apelación porque determinamos que el servicio no es médicamente necesario o es experimental o de investigación, puede solicitar una apelación externa al New York State. La apelación externa la deciden revisores que no trabajan para nosotros ni para el estado de New York. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el New York State. No tiene que pagar por una apelación externa.

Cuando tomamos la decisión de denegar una apelación porque no hay necesidad médica o porque el servicio es experimental o de investigación, 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 New York dentro de los cuatro meses a partir de la fecha en que rechazamos su apelación.

Su apelación externa se decidirá dentro de los 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 informará a usted y a nosotros sobre la decisión final dentro de los dos días hábiles posteriores a la toma de la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico puede decir que un retraso causará un daño grave a su salud. Esto se denomina apelación externa acelerada. El revisor externo de apelaciones decidirá una apelación acelerada en 72 horas o menos. El revisor le informará a usted y a nosotros la decisión de inmediato por teléfono o fax. Posteriormente, se le enviará una carta que le informa la decisión.

Puede solicitar una audiencia justa y una apelación externa. Si solicita una audiencia justa y una apelación externa, la decisión del funcionario de la audiencia justa será la que “cuente”.

Quejas y apelaciones de quejas

SWH of NY hará todo lo posible para resolver sus preocupaciones o problemas lo más rápido posible y para su satisfacción. Puede usar 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 trata el personal de SWH of NY o un proveedor de atención médica porque presenta una queja o apelación. Mantendremos su privacidad. Le daremos toda la ayuda que pueda necesitar para presentar una queja o apelación. Esto incluye brindarle servicios de interpretación o ayuda si tiene problemas de visión o de audición. Puede elegir a alguien (como un pariente, un amigo o un proveedor) para que actúe en su nombre.

Para presentar una queja, llame al: 1-877-353-0185 (TTY 711) o escriba a:

Senior Whole Health of New York
15 MetroTech Center, 11th Floor
Brooklyn, New York 11201

Cuando se comunique con nosotros, deberá darnos su nombre, dirección, número de teléfono y los detalles del problema.

¿Qué es una queja?

Una queja es cualquier comunicación en la que exprese su 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 no le gusta la calidad de la atención o los servicios que ha recibido de nosotros, puede presentarnos una queja.

El proceso de quejas

Puede presentar una queja oralmente o por escrito con nosotros. La persona que recibe su queja la registrará y el personal apropiado del plan supervisará la revisión de la queja. Le enviaremos una carta informándole que recibimos su queja 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.

1. Si una demora aumentara significativamente el riesgo para su salud, tomaremos una decisión dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de la información necesaria, pero el proceso debe completarse dentro de los 7 días posteriores a la recepción de la queja.
2. Para todos los demás tipos de quejas, le notificaremos nuestra decisión dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la información necesaria, pero el proceso debe completarse dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la queja. El plazo de revisión se puede ampliar hasta 14 días si así lo solicita o si necesitamos más información y la demora es de su interés.

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

¿Cómo apelo la decisión de una queja?

Si no está satisfecho con la decisión que tomamos con respecto a su queja, puede solicitar una segunda revisión de su problema presentando una apelación de queja. Debe presentar una apelación de queja 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 los 15 días hábiles indicándole el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que hemos designado para responder a su apelación. Todas las apelaciones de quejas las llevarán a cabo los profesionales apropiados, incluidos los profesionales de atención médica en el caso de quejas relacionadas con asuntos clínicos, que no estuvieron involucrados en la decisión inicial.

En el caso de las apelaciones estándar, tomaremos la decisión sobre la apelación dentro de los 30 días hábiles posteriores a la recepción de toda la información necesaria para tomar

nuestra decisión. Si una demora al tomar nuestra decisión puede aumentar significativamente el riesgo para su salud, utilizaremos el proceso de apelación de quejas acelerado. En el caso de apelaciones de quejas aceleradas, tomaremos nuestra decisión sobre la apelación dentro de los 2 días hábiles posteriores a la recepción de la información necesaria. Tanto para las apelaciones de quejas estándar como para las aceleradas, le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión. El aviso incluirá las razones detalladas de nuestra decisión y, en casos relacionados con asuntos clínicos, la justificación clínica de nuestra decisión.

Defensor de Participantes

Defensor de Participantes (Participant Ombudsman), llamado Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN), es una organización independiente que brinda servicios gratuitos de defensor del pueblo a los beneficiarios de atención a largo plazo en el estado de New York. Puede obtener asesoramiento independiente gratuito sobre su cobertura, quejas y opciones de apelación. Pueden ayudarlo a administrar el proceso de apelación. También pueden brindarle apoyo antes de que se inscriba en un plan de MLTC como (SWH of NY). Este apoyo incluye asesoramiento imparcial sobre la elección del plan de salud e información general relacionada con el plan. Comuníquese con la ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Teléfono: 1-844-614-8800 (servicio de retransmisión TTY: 711)
Sitio web: www.icannys.org | Correo electrónico: ican@cssny.org

Cancelación de la inscripción del plan de MLTC de SWH of NY

No se cancelará su inscripción en el plan de MLTC por cualquiera de los siguientes motivos:

- Gran uso de los servicios médicos cubiertos.
- Una afección existente o un cambio en su salud.
- Disminución de la capacidad mental o comportamiento no cooperativo o disruptivo como resultado de sus necesidades especiales, a menos que el comportamiento resulte en que no sea elegible para MLTC.

Cancelación voluntaria de la inscripción

Puede solicitar retirarse del plan (SWH of NY) en cualquier momento y por cualquier motivo.

Para solicitar la cancelación de la inscripción, llame al 1-877-353-0185 (TTY 711) o puede escribirnos. El plan le proporcionará una confirmación por escrito de su solicitud. Incluiremos un formulario de cancelación voluntaria de la inscripción para que lo firme y nos lo envíe. El procesamiento podría demorar hasta seis semanas, dependiendo de cuándo se reciba su solicitud.

Puede cancelar la inscripción de Medicaid regular o unirse a otro plan médico siempre que califique. Si continúa requiriendo servicios comunitarios de atención a largo plazo (CBLTC), como atención personal, debe inscribirse en otro plan de MLTC, plan de atención administrada de Medicaid o programa de exención en el hogar y la comunidad, para recibir los servicios CBLTC.

Cancelación involuntaria de la inscripción

Una cancelación involuntaria de la inscripción es una cancelación que inicia SWH of NY. Si no solicita la cancelación voluntaria de la inscripción, debemos iniciar la cancelación involuntaria de la inscripción en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que sabemos que cumple con alguno de los motivos de cancelación involuntaria de la inscripción.

Tendrá que retirarse de SWH of NY si:

- Ya no es elegible para Medicaid.
- Se muda permanentemente fuera del área de servicio (SWH de NY).
- Está fuera del área de servicio del plan durante más de 30 días consecutivos.
- Necesita atención en una residencia de ancianos, pero no es elegible para Medicaid institucional.
- Lo hospitalizan 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 contra el Alcoholismo y Abuso de Sustancias durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más.
- Se evalúa como que ya no tiene una necesidad funcional o clínica de servicios comunitarios de atención a largo plazo (CBLTC) mensualmente.
- Tiene solo Medicaid y ya no cumple con el nivel de atención de una residencia de ancianos según lo determinado mediante la herramienta de evaluación designada.
- Recibe guardería social como único servicio.
- Ya no necesita ni recibe al menos un servicio de CBLTC en cada mes calendario.
- En el momento de cualquier reevaluación mientras vive en la comunidad, se determina que ya no demuestra una necesidad clínica o funcional de los servicios de CBLTC.
- Lo han encarcelado.
- Proporciona al plan información falsa, engaña o participa en comportamientos fraudulentos con respecto a cualquier aspecto sustancial de su membresía en el plan.

Podemos pedirle que se retire de SWH of NY si:

- O un miembro de la familia o cuidador informal u otra persona en el hogar se involucra en una conducta o comportamiento que afecta gravemente la capacidad del plan para brindar servicios.
- No paga ni dispone el pago de la cantidad de dinero, según lo determine el Departamento Local de Servicios Sociales, que se debe al plan como gasto/superávit dentro de los 30 días después de que la cantidad se deba por primera vez. Habremos hecho un esfuerzo razonable para cobrar.

Antes de cancelar la inscripción involuntariamente, SHW of NY NHC obtendrá la aprobación de New York Medicaid Choice (NYMC) o la entidad designada por el Estado. La fecha de entrada en vigencia de la cancelación de la inscripción será el primer día del mes siguiente al mes en el que deja de ser elegible para la inscripción. Si continúa necesitando servicios comunitarios de atención médica a largo plazo, se le pedirá que elija otro plan o se le asignará automáticamente (autoasignación) a otro plan.

Competencia cultural y lingüística

SWH of NY 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 culturalmente competente y promovemos y garantizamos la prestación de servicios de una manera culturalmente apropiada para todos los miembros. Esto incluye, entre otros, a aquellos con conocimientos limitados de inglés, diversos antecedentes culturales y étnicos y diversas comunidades religiosas.

Derechos y responsabilidades de los miembros

SWH of NY hará todo lo posible para garantizar que todos los miembros se traten con dignidad y respeto. En el momento de la inscripción, su administrador de atención le explicará sus derechos y responsabilidades. Si necesita servicios de interpretación, su administrador de atención los coordinará. El personal hará todo lo posible para ayudarlo a ejercer sus derechos.

Derechos de los miembros

- Tiene derecho a recibir la atención médicamente necesaria.
- Tiene derecho al acceso oportuno a la atención y los servicios.
- Tiene derecho a la privacidad de su registro médico y de cuándo recibe tratamiento.
- Tiene derecho a obtener información sobre las opciones de tratamiento disponibles y las alternativas presentadas de una manera y en un idioma que comprenda.
- Tiene derecho a obtener información en un idioma que comprenda; puede obtener servicios de traducción oral de forma gratuita.
- Tiene derecho a obtener la información necesaria para dar su consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.
- Tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- Tiene derecho a obtener una copia de sus registros médicos y solicitar que se modifiquen o corrijan.
- Tiene derecho a participar en las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Tiene derecho a no someterse a cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tiene derecho a recibir atención sin distinción de sexo, raza, estado de salud, color, edad, origen nacional, orientación sexual, estado civil o religión.
- Tiene derecho a que se le informe dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de su plan de atención administrada a largo plazo, incluso cómo puede obtener beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red si no están disponibles en la red del plan.
- Tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de New York o su Departamento Local de Servicios Sociales; y el derecho a utilizar el Sistema de Audiencias Justas del Estado de New York o una apelación externa del estado de New York, cuando corresponda.
- Tiene derecho a designar a alguien para que hable por usted sobre su atención y tratamiento.
- Tiene derecho a solicitar asistencia del programa Defensor de Participantes.

Responsabilidades de los miembros

- Recibir servicios cubiertos a través de SWH of NY.
- Usar proveedores de la red de SWH of NY para servicios cubiertos en la medida en que los proveedores de la red estén disponibles.
- Obtener autorización previa para los servicios cubiertos, excepto para los servicios cubiertos preaprobados o en caso de emergencia; ser atendido por su médico, si ocurre un cambio en su estado de salud.
- Compartir información médica completa y precisa con sus proveedores de atención médica;
- Informar al personal de SWH of NY sobre cualquier cambio en su salud, y hacerle saber si no entiende o no puede seguir las instrucciones.
- Seguir el plan de atención recomendado por el personal de SWH of NY (con su opinión).
- Cooperar y ser respetuoso con el personal del plan (SWH of NY) y no discriminar al personal de SWH of NY por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, edad, capacidad mental o física, orientación sexual o estado civil.
- Notificar a SWH of NY dentro de los dos días hábiles posteriores a la recepción de servicios no cubiertos o no preaprobados.
- Notificar con anticipación a su equipo de atención médica de SWH of NY cada vez que no vaya a estar en su casa para recibir los servicios o la atención que se le haya asignado.
- Informar a SWH of NY antes de mudarse permanentemente fuera del área de servicio, o de cualquier ausencia prolongada del área de servicio.
- Sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de su cuidador.
- Cumplir con sus obligaciones financieras.

Directivas anticipadas

Las directivas anticipadas son documentos legales que garantizan que sus solicitudes se cumplan en caso de que no pueda tomar decisiones por sí mismo. Las directivas anticipadas pueden presentarse en forma de un apoderado médico, un testamento en vida o una orden de no reanimar. Estos documentos pueden indicar qué atención desea recibir en determinadas circunstancias o pueden autorizar a un familiar o amigo en particular a tomar decisiones en su nombre.

Es su derecho hacer directivas anticipadas como desee. Es muy importante que documente cómo le gustaría que continuara su atención si ya no puede comunicarse con los proveedores de manera informada debido a una enfermedad o lesión. Comuníquese con su administrador de atención para obtener ayuda para completar estos documentos. Si ya tiene una directiva anticipada, comparta una copia con su administrador de atención.

Información disponible previa solicitud

- Información sobre la estructura y funcionamiento de SWH of NY.
- Criterios de revisión clínica específicos relacionados con una afección médica particular y otra información que SWH of NY considera al autorizar los servicios.

- Políticas y procedimientos sobre información de salud protegida.
- Descripción escrita de las disposiciones organizativas y los procedimientos en curso del programa de garantía de calidad y mejora del desempeño.
- Políticas de acreditación de proveedores.
- Una copia reciente del estado financiero certificado de SWH of NY; y políticas y procedimientos utilizados por SWH of NY para determinar la elegibilidad de un proveedor.

Asesor Independiente de New York: proceso de evaluación inicial

A partir del 16 de mayo de 2022, el Centro de Inscripción y Evaluación sin Conflictos (CFEEC) se convertirá en el Asesor Independiente de New York (NYIA). El NYIA administrará el proceso de evaluación inicial, excepto las evaluaciones iniciales aceleradas, que comenzarán el 1 de julio de 2022. El proceso de evaluación inicial incluye completar lo siguiente:

- Evaluación de salud comunitaria (CHA): la CHA se usa para determinar si necesita atención personal o un Programa de Asistencia Personal Dirigida al Consumidor (CDPAS) (PCS/CDPAS) y es elegible para inscribirse en un plan de atención administrada a largo plazo.
- Cita clínica y orden del médico (PO): la PO documenta su cita clínica e indica lo siguiente:
 - Necesita ayuda con las actividades diarias.
 - Su afección médica está estable para que pueda recibir PCS o CDPAS en su hogar.

El NYIA programará tanto la CHA como la cita clínica. La CHA la completará una enfermera registrada (RN) capacitada. Después de la CHA, un médico del NYIA completará una cita clínica y una orden de compra unos días después.

Senior Whole Health of New York utilizará los resultados de CHA y PO para determinar qué tipo de ayuda necesita y crear su plan de atención. Si su plan de atención propone PCS o CDPAS durante más de 12 horas por día en promedio, se necesitará una revisión por separado del Panel de Revisión Independiente (IRP) de NYIA. El IRP es un panel de profesionales médicos que revisará su CHA, PO, plan de atención y cualquier otra documentación médica. Si se necesita más información, alguien del panel puede examinarlo o discutir sus necesidades con usted. El IRP hará una recomendación a Senior Whole Health of New York sobre si el plan de atención satisface sus necesidades.



Senior Whole Health

BY MOLINA HEALTHCARE

22460 10/2022