

## **Anexo al Manual del Miembro de la atención médica administrada de Medicaid del Estado de New York para el programa Integrated Benefits for Dually Eligible Enrollees (IB-Dual)**

### **Introducción**

Este anexo al manual para miembros proporciona información para los miembros del programa Integrated Benefits for Dually Eligible Enrollees (IB-Dual). El Programa IB-Dual permite a los miembros elegibles para Medicare inscribirse en la atención médica administrada de Medicaid. Los miembros recibirán sus beneficios de Medicare y Medicaid a través de Affinity Healthcare (Affinity) y Senior Whole Health by Molina Healthcare (SWH of NY).

### **Cómo utilizar este anexo del manual**

Este anexo le servirá para comprender cómo funciona su nuevo programa de atención médica integrada y cómo puede aprovechar Affinity al máximo. Le proporciona información que se aplica a un miembro de IB-Dual (es decir, un miembro que tiene cobertura de Medicare y Medicaid con el mismo plan de salud).

Esto incluye información sobre la inscripción y su cancelación, el acceso a los servicios y cómo presentar una queja o apelación que puede ser diferente de lo que se incluye en su manual para miembros de la atención médica administrada de Medicaid.

Si tiene alguna pregunta, consulte este Manual o llame a Servicios para Miembros de Affinity.

### **Inscripción**

Para ser miembro del Programa IB-Dual ofrecido por Affinity, usted debe:

- Tener Medicare Parte A y Medicare Parte B y estar inscrito en Senior Whole Health by Molina Healthcare Medicare Advantage Dual Special Needs Plan (D-SNP) Parte C,
- Vivir en el área de servicio del plan; condados de Bronx, Kings, Nassau, New York, Orange, Queens, Richmond, Rockland o Westchester,
- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de manera legal en los Estados Unidos,
- Estar inscrito en la atención médica administrada de Affinity Medicaid o en el Health and Recovery Plan (HARP), y
- No recibir servicios comunitarios de atención a largo plazo (CBLTSS) por más de 120 días.

## **Cancelación de la inscripción**

Puede cancelar su inscripción en el Programa IB-Dual en cualquier momento. Si cancela voluntariamente su inscripción en la cobertura de Medicare o Medicaid con nosotros, su cobertura bajo este programa finalizará.

Se podría cancelar su inscripción en el Programa IB-Dual de forma involuntaria si usted:

- se muda de forma permanente fuera de nuestra área de servicio para el Programa IB-Dual,
- pierde su cobertura de Medicaid y no la recupera en 90 días (consulte a continuación en “Pérdida de elegibilidad para Medicaid” para obtener más información),
- recibe servicios de atención a largo plazo durante más de 120 días (si Affinity determina que necesita servicios de atención a largo plazo durante más de 120 días, se le ofrecerá la opción de inscribirse en un Plan de Managed Long Term Care (MLTC), o
- es elegible para una estadía a largo plazo en un asilo de ancianos.

## **Cobertura de Medicare**

Si cancela su inscripción en el Programa Affinity IB-Dual, puede inscribirse en el plan Medicare Advantage. Si no se inscribe en un plan de Medicare Advantage, el gobierno federal lo inscribirá en Medicare Original para su atención médica y en un Plan de Medicamentos Recetados (PDP) para su cobertura de medicamentos recetados.

## **Cobertura de Medicaid**

Si cancela su inscripción en el Programa Affinity IB-Dual, New York Medicaid Choice lo inscribirá en Medicaid regular.

Nota: Si cancela la inscripción en el Programa IB-Dual por error, comuníquese con el plan lo antes posible.

## **Pérdida de elegibilidad para Medicaid**

Si pierde la elegibilidad para Medicaid, su cobertura del Programa IB-Dual finalizará. Sin embargo, tendrá un período de gracia de 90 días en el cual su cobertura de Medicare continuará con el SWH de NY D-SNP. Si recupera la elegibilidad para Medicaid durante el período de gracia de 90 días, se restablecerá su cobertura del Programa IB-Dual. Si no recupera la elegibilidad de Medicaid durante el período de gracia de 90 días, será responsable de los copagos, coseguros, primas y/o deducibles que Medicaid cubriría si no hubiera perdido su elegibilidad de Medicaid.

## **Coordinación de beneficios**

Affinity coordinará sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del Programa IB-Dual. Su costo compartido para los servicios cubiertos por Medicare será de \$0 porque Medicaid cubrirá sus montos de costo compartido de Medicare.

Algunos servicios que no están cubiertos por Affinity están disponibles a través de Medicaid regular o de Medicare Original (por ejemplo, servicios de transporte y cuidados paliativos que no son de emergencia). Además, el Programa de Farmacia de Medicaid (NYRx) cubrirá ciertos medicamentos de venta libre (OTC), vitaminas recetadas y supresores de la tos que no están cubiertos por Medicare Parte D. Usted continuará teniendo acceso a los servicios regulares de Medicaid durante su inscripción en el plan IB-Dual.

## **Autorización de servicio, apelaciones y quejas**

### **Autorización de servicio**

Para los servicios cubiertos por Medicare o por Medicare y Medicaid, Affinity tomará decisiones sobre su atención como se describe en el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura (EOC) de Medicare Advantage D-SNP. También se las conoce como Decisiones de Cobertura.

Para los servicios cubiertos solo por Medicaid, Affinity tomará decisiones sobre su atención siguiendo nuestras reglas de Autorización de Servicio descritas en la Parte II de su manual del miembro.

### **Apelaciones**

Debido a que tiene Medicare y Medicaid, la forma en que presente apelaciones sobre sus servicios dependerá de si los servicios están cubiertos por Medicare o Medicaid.

El Capítulo 9 de su D-SNP EOC de Medicare Advantage le indica cómo presentar una apelación (también conocida como apelación de Nivel 1) o una queja sobre una decisión que Affinity toma sobre un servicio que está cubierto solo por Medicare (como los servicios quiroprácticos) utilizando el proceso de Medicare.

La Parte II de su manual para miembros de la atención médica administrada de Medicaid le informa cómo presentar una apelación (también conocida como Apelación de Plan) sobre una decisión que Affinity toma sobre un servicio que está cubierto solo por Medicaid (como los servicios de cuidado personal) utilizando el proceso de Medicaid.

Para servicios cubiertos **tanto** por Medicare **como** por Medicaid, puede presentar una apelación utilizando el proceso de Medicare, el proceso de Medicaid o ambos procesos.

- Si sigue el proceso de Medicare para apelar, no puede usar sus derechos de apelación de Medicaid, que incluyen el derecho a una audiencia imparcial estatal y también pueden incluir el derecho a una Apelación Externa.

- Si sigue el proceso de Medicaid para apelar, aún tendrá 60 días a partir del día del aviso de acción de Affinity para usar sus derechos de apelación de Medicare.

### **Ayuda para continuar mientras está en el proceso de apelación de una decisión sobre su atención**

Si Affinity reduce, suspende o detiene un servicio, y el servicio está cubierto por Medicaid, puede continuar recibiendo el servicio mientras espera una determinación de apelación.

Debe solicitar su Apelación de Plan de Medicaid:

- **En un plazo de diez (10) días a partir del momento en que se le indique que su atención cambiará, o**
- **Antes de la fecha programada del cambio en los servicios, lo que ocurra más tarde.**

Si el resultado de su Apelación de Plan de Medicaid es una nueva denegación, es posible que tenga que pagar por el costo de cualquier continuación de beneficios que haya recibido.

Si no está conforme con su decisión de apelación, puede apelar de nuevo.

- Si la apelación es por un servicio cubierto solo por Medicare, Affinity enviará automáticamente su caso a la Medicare Independent Review Entity (IRE) de Medicare. Consulte el Capítulo 9 de su D-SNP EOC de Medicare Advantage sobre las apelaciones de Nivel 2.
- Si la apelación es para un servicio cubierto únicamente por Medicaid, consulte la Parte II del manual para miembros de la atención médica administrada de Medicaid sobre cómo presentar una audiencia imparcial. En algunos casos, también puede presentar una Apelación Externa.
  - Si solicita una audiencia imparcial y una Apelación Externa, la decisión del funcionario de la audiencia imparcial será la que cuenta.
- Si la apelación es por un servicio cubierto **tanto** por Medicare **como** por Medicaid, Affinity enviará su caso a la IRE. También puede solicitar una audiencia imparcial. En algunos casos, también puede presentar una Apelación Externa. Consulte la Parte II del manual para miembros de la atención médica administrada de Medicaid sobre cómo presentar una audiencia imparcial y una Apelación Externa.

- Si solicita una audiencia imparcial y una Apelación Externa, la decisión del funcionario de la audiencia imparcial será la que cuenta.

### **Ayuda para continuar mientras se espera una decisión de la audiencia imparcial de Medicaid**

Es posible que pueda continuar recibiendo sus servicios mientras espera una determinación de audiencia imparcial. La continuación de los beneficios solo está disponible si Affinity reduce, suspende o detiene un servicio, y el servicio está cubierto por Medicaid.

Debe solicitar una audiencia imparcial:

- **Dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de la determinación adversa final, o**
- **Antes de la fecha programada del cambio en los servicios, lo que ocurra más tarde.**

Si el resultado de su audiencia imparcial es una nueva denegación, es posible que tenga que pagar por el costo de cualquier continuación de beneficios que haya recibido.

Si no está conforme con la decisión de apelación de nivel 2 para un servicio cubierto por Medicare, es posible que tenga otras opciones de derechos de apelación. Para obtener más información sobre estas opciones de derechos de apelación, consulte el Capítulo 9 de su D-SNP EOC de Medicare Advantage o llame a Servicios para Miembros.

### **Quejas**

Debido a que tiene Medicare y Medicaid, la forma en que presente una queja sobre sus servicios dependerá de si el beneficio está cubierto por Medicare o Medicaid.

En el Capítulo 9 de su D-SNP EOC de Medicare Advantage se explica cómo presentar una queja sobre los beneficios de Medicare.

En la Parte II de su manual para miembros de la atención médica administrada de Medicaid Managed Care se explica cómo presentar una queja sobre los beneficios de Medicaid.

Para quejas sobre sus beneficios de Medicare y Medicaid, puede presentarlas utilizando el proceso de Medicare, el proceso de Medicaid o ambos.

Si sigue el proceso de Medicaid para quejarse y no está de acuerdo con la decisión que Affinity tomó sobre su queja, puede presentar una apelación de queja ante Affinity.