



Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Programa Medicaid Advantage Plus

SWHNY.com

 Senior Whole Health
BY MOLINA HEALTHCARE

SenMAPHan1371

Tabla de contenidos

Sección I: Ayuda del Departamento de Servicios para Miembros	4
Sección II: Elegibilidad para afiliarse al Programa MAP	4
Sección III: Servicios cubiertos por el Programa SWH of NY MAP	7
Sección IV: Servicios de Medicaid no cubiertos por nuestro plan	15
Sección V: Procesos de autorización de servicio, apelaciones y quejas	16
Sección VI: Cancelación de afiliación al Programa SWH of NY MAP	28
Sección VII: Competencia cultural y lingüística.....	29
Sección VIII: Derechos y responsabilidades del miembro.....	29

Bienvenido al Programa Senior Whole Health of New York Nhc (Hmo D-Snp) Medicaid Advantage Plus

Bienvenido al Programa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) (SWH of NY) Medicaid Advantage Plus (MAP). El Programa MAP está diseñado para que las personas que tienen Medicare y Medicaid y que necesitan servicios de salud y Servicios y apoyo a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS), como atención domiciliaria y atención personal, permanezcan en sus hogares y comunidades el mayor tiempo posible.

Este manual le informa acerca de los beneficios adicionales que el Programa SWH of NY cubre desde que está afiliado en el Programa SWH of NY MAP. También le indica cómo solicitar un servicio, presentar una queja o

darse de baja del programa SWH of NY MAP. Los beneficios descritos en este manual son adicionales a los beneficios de Medicare descritos en la Evidencia de cobertura de Medicare del Programa SWH of NY. Conserve este manual con la Evidencia de cobertura de Medicare del Programa SWH of NY. Necesita saber qué servicios están cubiertos y cómo obtenerlos.

Sección I: Ayuda del Departamento de Servicios para Miembros

Puede llamarnos en cualquier momento, las 24 horas del día, los siete días de la semana, a los números del Departamento de Servicios para Miembros a continuación.

Alguien del Departamento de Servicios para Miembros está a su disposición para ayudarlo: De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

Para obtener ayuda, llame al (833) 671-0440 (TTY: 711)

Puede obtener este documento sin costo en otro idioma o en otros formatos, como braille, audio o letra grande. Llame al (833) 671-0440 (TTY: 711). La llamada es gratuita.

Sección II: Elegibilidad para afiliarse al Programa MAP

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

1. Tener 18 años o más,
2. Residir en el área de servicio del plan, que son los condados de Bronx, Kings, Nassau, New York, Orange, Queens, Richmond, Rockland y Westchester,
3. Tener Medicaid,
4. Tener evidencia de cobertura de Medicare Parte A y B,
5. Debe afiliarse al plan Medicare Advantage Dual Special Needs del Programa SWH of NY.
6. En el momento de la inscripción, ser capaz de regresar o permanecer en su hogar y comunidad sin poner en peligro su salud y seguridad, o estar ingresado de forma permanente en una residencia de ancianos.
7. Necesitar al menos uno de los siguientes servicios y apoyo a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS) durante más de 120 días y lo siguiente:
 - personas con un diagnóstico médico de demencia o Alzheimer y que necesitan ayuda con al menos la supervisión de más de una actividad de la vida diaria (AVD); o
 - personas que, según la evaluación, necesitan al menos una asistencia limitada para realizar más de dos AVD.

Los CBLTSS incluyen servicios prestados en el hogar o en la comunidad (cualquier lugar de residencia, ya sea permanente o temporal, que no sea un hospital, un centro de enfermería especializada o un centro relacionado con la salud) tal y como se incluyen en el paquete de prestaciones del plan MAP y prestados por el plan MAP cuando son médicamente necesarios. Los servicios CBLTSS incluyen enfermería privada, enfermería especializada, servicios de salud a domicilio, servicios de cuidado personal*, servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor y atención médica diurna para adultos.

* El nivel 2 requiere asistencia física con las actividades de la vida cotidiana. Servicios como la limpieza del hogar y las compras no satisfacen la necesidad de servicios de nivel 2.

Para obtener más información, consulte el Título 18 - 505.14.

Nota: Las personas inscritas en el programa MLTC a partir de agosto de 2025 obtendrán la condición de “MLTC Plan Legacy” y serán evaluadas según los criterios anteriores, siempre y cuando permanezcan inscritas de forma continua. Estas personas inscritas en el MLTC Plan Legacy no tendrán que cumplir los requisitos mínimos de necesidades en la reevaluación.

Debe elegir a uno de los médicos del plan para que sea su Proveedor de atención primaria (PCP). Si decide posteriormente cambiar su plan de Medicare, también deberá abandonar el Programa SWH of NY.

La cobertura explicada en este manual entra en vigencia en la fecha de vigencia de su afiliación al Programa SWH of NY MAP. La afiliación al Programa MAP es voluntaria.

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

El Programa NYIAP llevará a cabo una evaluación inicial para las personas que hayan expresado interés en afiliarse a un plan de atención administrada a largo plazo. El proceso de evaluación inicial incluye completar:

- **Evaluación de salud comunitaria (CHA):** La CHA se utiliza para ver si necesita servicios de atención personal y/o servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (PCS/CDPAS) y es elegible para afiliarse a un plan MLTC (atención administrada a largo plazo).
- **Cita clínica y orden del médico (PO):** La PO documenta su cita clínica e indica que usted:
 - necesita asistencia con las actividades diarias, y
 - su condición médica es estable para poder recibir PCS y/o CDPAS en su hogar.

El Programa NYIAP programará tanto la CHA como la cita clínica. Un(a) enfermero(a) profesional capacitado(a) (RN) llevará a cabo la CHA. Después de la CHA, un médico del Programa NYIAP llevará a cabo una cita clínica y una PO unos días después.

Anualmente, usted, como afiliado al plan MLTC, será reevaluado por el Programa SWH of NY, para asegurar que sus necesidades aún cumplen con los requisitos de elegibilidad del programa MLTC.

El Programa SWH of NY utilizará los resultados de la CHA y la PO para ver qué tipo de ayuda necesita y crear su plan de atención. Si su plan de atención propone PCS y/o CDPAS por más de doce (12) horas por día en promedio, se necesitará una revisión por separado por parte del Panel de revisión independiente (IRP) del Programa NYIAP. El IRP es un panel de profesionales médicos que revisará su CHA, PO, plan de atención y cualquier otra documentación médica necesaria. Si se necesita más información, alguien en el panel puede pedir examinarlo y/o comentar sus necesidades con usted. El IRP hará una recomendación al Programa SWH of NY sobre si el plan de atención satisface sus necesidades.

Una vez que el Programa NYIAP haya completado los pasos de la evaluación inicial y se haya determinado que usted es elegible para el plan MLTC, usted podrá entonces elegir el plan de MLTC Care al cual afiliarse. Debido a que usted también está afiliado a Medicare para este mismo plan, ha elegido combinar sus beneficios y afiliarse al Programa SWH of NY.

Proceso de afiliación

Puede elegir afiliarse al Programa SWH of NY MAP. Si le interesa afiliarse, estos son los pasos:

- 1) Comuníquese con nosotros: llame al Programa SWHY of NY MAP al (833) 671-0770. Un representante de Medicare le explicará el programa, responderá sus preguntas y lo ayudará a comenzar la solicitud de afiliación.
- 2) Evaluación de salud comunitaria (CHA): Un(a) enfermero(a) profesional programará una visita en su hogar para llevar a cabo una Evaluación de salud comunitaria (CHA). Esta evaluación es requerida por el estado de Nueva York y se utiliza para determinar si cumple con el requisito de nivel de atención de residencia para ancianos.
- 3) Revisión de elegibilidad: El Programa SWH of NY MAP revisará los resultados de su CHA y su solicitud y verificará su elegibilidad para Medicare y Medicaid. Si califica, enviaremos su solicitud de afiliación a Medicare y al Programa New York Medicaid para su aprobación.
- 4) Complete una solicitud: Completará y firmará una solicitud de afiliación con la ayuda de un representante del plan de Medicare. Deberá proporcionar su información de Medicare y Medicaid.

- 5) Selección del Proveedor de atención primaria (PCP): debe elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red. Su PCP coordinará su atención mientras sea miembro del programa.
- 6) Confirmación de afiliación y fecha de vigencia: Si Medicare y Medicaid aprueban su solicitud de afiliación, recibirá una carta de bienvenida, su tarjeta de identificación de miembro y la fecha de vigencia de su cobertura. La afiliación generalmente comienza el primer día calendario del mes posterior a la aprobación.

Retiro de la solicitud de afiliación

Si decide cancelar su solicitud de afiliación al Programa Senior Whole Health MAP, retiraremos su solicitud de afiliación una vez que recibamos su solicitud de forma oral o por escrito antes de la fecha de vigencia de la afiliación. El Programa Senior Whole Health MAP le enviará una carta de confirmación de su retiro de la afiliación.

Proceso de denegación de afiliación

Su solicitud de afiliación será denegada si no tiene cobertura de Atención a largo plazo basada en la comunidad, incluyendo; Cobertura comunitaria con Atención a largo plazo basada en la comunidad y todos los Cuidados y servicios cubiertos por Medicaid para afiliarse al Programa SWH of NY MAP. Además, su solicitud será denegada si no puede mantenerse seguro en su hogar; si está afiliado a un programa de exención de Servicios basados en el hogar y la comunidad; o si está actualmente en cuidados paliativos.

No será elegible para afiliarse al Programa SWH of NY MAP:

- Si el Programa NYIAP decide que no es elegible, el Programa SWH of NY MAP trabajará con usted para volver a enviar su solicitud con cualquier información nueva.
- Si anteriormente se canceló su afiliación involuntariamente y desea regresar al Programa SWH of NY MAP, estaremos encantados de revisar su caso para una posible reafiliación.
- Si el Programa SWH of NY MAP recomienda una denegación de afiliación, el plan informará a New York Medicaid Choice (NYMC) y, si NYMC está de acuerdo, le enviará una carta para notificarle la decisión.

Desarrollo de un Plan de cuidados inicial (PCSP para nuevos miembros)

- Cuando esté afiliado al Programa SWH of NY MAP, su Administrador de atención se reunirá con usted y/o sus apoyos informales y juntos desarrollarán su nuevo plan de servicios centrado en la persona o PCSP inicial. Su Plan PCSP inicial contiene sus objetivos personales y de atención médica, los tipos y la cantidad de servicios cubiertos y no cubiertos autorizados y los apoyos que necesita para mantener su atención. Su Administrador de atención revisa sus órdenes del Programa NYIAP, CHA, PO y cualquier información que usted o su apoyo informal proporcionen como parte de la reunión de desarrollo del Plan PCSP.

Tarjeta (ID) del miembro del plan

Recibirá su tarjeta de identificación (ID) del Programa SWH of NY dentro de los 14 días de su fecha de vigencia de la afiliación. Verifique que toda la información sea correcta en su tarjeta. Lleve su tarjeta de identificación con usted en todo momento junto con su tarjeta de Medicaid. Si su tarjeta se pierde o es robada, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros del Programa SWH of NY al (833) 671-0440 (TTY: 711).

Normas de las citas de salud conductual

Utilice la siguiente lista como las normas de **citas para conocer nuestros plazos máximos que tendría que esperar tras la solicitud de una cita de salud conductual:**

- Cita inicial en un centro o una clínica para pacientes ambulatorios: 10 días laborables
- Cita inicial con un profesional de atención de salud conductual que no esté empleado ni contratado por un centro o una clínica para pacientes ambulatorios: 10 días laborables
- Visita de seguimiento después de la visita a la sala de emergencias (ER) de salud mental/abuso de sustancias o al paciente hospitalizado: 5 días laborables
- Consulta no urgente de salud mental o abuso de sustancias: 5 días laborables

Si no puede programar una cita de salud conductual dentro de los tiempos de espera de la cita indicados anteriormente, usted, o su designado, pueden presentar una queja de acceso a SWH of NY por teléfono al (833) 671-0440 (TTY: 711) y por escrito a SWH of NY 2900 Exterior Street Suite 202 Bronx, NY 10463 para resolver este asunto.

Si no podemos encontrar un proveedor participante en el plan que pueda tratar su afección de salud conductual, puede recibir una remisión a un proveedor calificado fuera de la red que pueda hacerlo.

Queja de acceso a la salud conductual

Si no puede programar una cita de salud conductual y si presenta una queja de acceso a la salud conductual, SWH of NY debe proporcionarle el nombre y la información de contacto de un proveedor que pueda tratar su afección de salud conductual. SWH of NY debe proporcionar esta información en los tres (3) días laborables posteriores a la recepción de su queja.

Sección III: Servicios cubiertos por el Programa SWH of NY MAP

Deducibles y copagos de los Servicios cubiertos por Medicare

Muchos de los servicios que recibe, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, las consultas al médico, los servicios de emergencia y las pruebas de laboratorio, están cubiertos por Medicare y se describen en la Evidencia de cobertura del Programa Medicare SWH of NY. El capítulo 3 de la Evidencia de cobertura del Programa Medicare SWH of NY explica las reglas para usar los proveedores del plan y obtener atención en una emergencia médica o en una situación de atención de urgencia. Algunos servicios tienen deducibles y copagos. Estos montos se muestran en la Tabla de beneficios en el capítulo 4 de la Evidencia de cobertura del Programa Medicare SWH of NY en la columna "Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos". Debido a que se afilió al Programa SWH of NY y tiene Medicaid, el Programa SWH of NY pagará estos montos en su nombre. Usted no tiene que pagar estos deducibles y copagos, excepto los que se aplican a algunos artículos de farmacia.

Si hay una prima mensual para los beneficios (consulte el capítulo 1 de la Evidencia de cobertura del Programa Medicare SWH of NY), no tendrá que pagar esa prima ya que tiene Medicaid. También cubriremos muchos servicios que no están cubiertos por Medicare pero que están cubiertos por Medicaid. Las siguientes secciones explican lo que se cubre.

Servicios de administración de la atención

Como miembro de nuestro plan, recibirá Servicios de administración de la atención. Nuestro plan le proporcionará un Administrador de la atención que es un profesional de atención médica, generalmente un(a) enfermero(a) o un(a) trabajador(a) social. Su Administrador de la atención trabajará con usted y su doctor para decidir los servicios que necesita y desarrollar un plan de atención. Su Administrador de la atención también organizará citas para cualquier servicio que necesite y organizará el transporte a esos servicios.

Su Administrador de la atención es un profesional de atención médica con experiencia en administración de la atención, coordinación de la atención, atención a largo plazo y apoyos, cuidados intensivos y poblaciones con necesidades especiales. Los Administradores de la atención pueden identificar cuándo usted presenta determinantes sociales de la salud o una necesidad de atención social. Su Administrador de atención coordina todos sus cuidados y servicios con usted y sus apoyos informales o cuidadores para satisfacer las necesidades y metas de su plan de atención.

Los Administradores de la atención están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año

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

Su Administrador de la atención trabaja con usted para desarrollar un plan de atención integral apropiado para sus necesidades de atención y servicio. La Administración de la atención lo ayuda a obtener los servicios cubiertos que necesita autorizados en su plan de atención. Estos servicios incluyen servicios médicos, de salud mental, sociales y determinantes sociales de las necesidades de salud, educación, vivienda, financieros y otros servicios cubiertos y no cubiertos que respaldan su PCSP individual.

Su Administrador de la atención y un miembro de su equipo de administración de la atención:

- Lo llamarán al menos una vez al mes para hacer un seguimiento y asegurarse de que su estado de salud no haya cambiado.
- Realizarán una visita en el hogar cada seis (6) meses y, según sea necesario, con usted y su familia o cuidadores. Se incluye una visita a domicilio como parte de la evaluación en su hogar y la visita de reevaluación anual, así como parte del desarrollo y actualización inicial y anual del PCSP con su Administrador de la atención y su equipo de administración de la atención.
- Consultarán con usted de forma regular para verificar si está satisfecho con la atención y los servicios que recibe.
- Trabajarán con su PCP y su especialista para obtener las órdenes médicas necesarias para los servicios cubiertos en su plan de atención.
- Autorizarán los servicios cubiertos en función de la necesidad médica.
- Hablarán con su PCP sobre los cambios o actualizaciones de su plan de atención.
- Organizarán y coordinarán los servicios cubiertos.
- Ayudarán a coordinar los servicios que necesita que no están cubiertos por el plan o en nuestra red.
- Proporcionarán servicios de administración de la atención y acceso a la atención y los servicios las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Administrarán sus necesidades de atención médica a través de programas de manejo de enfermedades. Apoyarán sus objetivos personales y de autocontrol a través de herramientas y materiales educativos sobre salud para miembros. Coordinarán su atención con su Proveedor de atención primaria, Proveedores de salud mental, Administradores de atención domiciliaria y Organizaciones comunitarias para coordinar todas sus necesidades de atención y necesidades sociales relacionadas con la salud.

Servicios cubiertos adicionales

Debido a que usted tiene Medicaid y califica para el Programa MAP, nuestro plan organizará y pagará los servicios sociales y de salud adicionales que se describen a continuación. Puede recibir estos servicios mientras sean médicamente necesarios. Su Administrador de la 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 recibir estos servicios. Debe obtener estos servicios de los proveedores que se encuentran en la red del Programa SWH of NY.

Algunos de los servicios cubiertos requieren una autorización previa (aprobación anticipada) por parte de su Administrador de la atención y Administración de utilización antes de que usted los reciba. Autorizaremos estos servicios por un monto determinado, por un período de tiempo específico. Usted o alguien de su confianza puede solicitar una autorización previa.

Si usted o alguien de confianza realiza una solicitud de autorización previa para un servicio médicamente necesario cubierto a un proveedor que no está en nuestra red, y no tenemos un proveedor en la red para proporcionar este servicio, entonces el Programa SWH of NY aprobará el proveedor fuera de la red durante el tiempo que el servicio sea médicamente necesario o hasta que haya un proveedor en la red que pueda proporcionar estos servicios.

Los siguientes tratamientos y servicios requieren aprobación antes de que los reciba.

- **Atención médica diurna para adultos**
- **Audiología**
- **Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor**
- **Servicios dentales**

- **Equipo médico duradero**
- **Transporte de emergencia**
- **Comidas a domicilio y/o comidas en un entorno grupal, como un centro de atención diurna**
- **Servicios de atención médica en el hogar no cubiertos por Medicare, incluyendo los servicios de enfermería, auxiliar de atención médica en el hogar, y terapias ocupacionales, físicas y del habla**
- **Servicios sociales médicos**
- **Suministros médicos**
- **Atención en residencias para ancianos no cubierta por Medicare (siempre que usted sea elegible para Medicaid institucional)**
 - La atención en residencias para ancianos está cubierta para las personas que se consideran ingresadas de forma permanente en una residencia, siempre que sean elegibles para la cobertura institucional de Medicaid.
- **Nutrición**
 - La fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limitan a los individuos que no pueden obtener nutrición por cualquier otro medio, y a las siguientes condiciones:
 - ▶ personas alimentadas por sonda que no pueden masticar o tragar alimentos y deben obtener nutrición mediante fórmula a través de una sonda, y
 - ▶ personas con trastornos metabólicos innatos raros que requieren fórmulas médicas específicas para proporcionar nutrientes esenciales no disponibles a través de ningún otro medio.
 - Bajo ciertas condiciones, los adultos que tienen VIH, SIDA o enfermedades relacionadas con el VIH, u otras enfermedades o afecciones, pueden ser elegibles para una nutrición oral adicional.
 - La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos deberá incluir productos alimenticios sólidos modificados que sean bajos en proteínas o que contengan proteínas modificadas.
- **Optometría.**
- **Rehabilitación ambulatoria**
- **Atención personal (tales como la asistencia para bañarse, comer, vestirse, ir al baño y caminar)**
 - **Programa de asistencia personal dirigidos por el consumidor**
 - **Intermediario fiscal estatal**

A partir del 1 de abril de 2025, los miembros deben ponerse en contacto con Public Partnerships Ltd. (PPL) para registrarse en Public Partnerships Ltd. (PPL)
Centro de Apoyo: (833) 247-5346 o TTY: (833) 204-9042.
Sitio web: pplfirst.com/cdpap

Como miembro de SWH of NY MAP, es importante que sepan que el Departamento de Salud del Estado de Nueva York ha seleccionado a Public Partnerships LLC (PPL) como nuevo intermediario fiscal para todo el estado. Esto significa que todos los consumidores y asistentes personales deben registrarse en PPL para recibir servicios y pagos por los servicios CDPAS.

Su elegibilidad para recibir cuidados y su elección de cuidador no cambiarán. Puede mantener a su cuidador actual, pero tanto usted como su asistente deben completar el proceso de registro para participar en el programa CDPAS.

Hay tres formas sencillas de registrarse:

1. Llame a PPL al (833) 247-5346 (TTY: (833) 204-9042)
2. Regístrese en línea en pplfirst.com/cdpap.
3. Obtenga ayuda de un facilitador, como un Centro de Vida Independiente.
4. Obtenga ayuda de su Administrador de la atención y su equipo de administración de la atención. La inscripción es gratuita y solo necesitará proporcionar información personal básica y sobre su cuidador; no es necesario proporcionar información bancaria ni de tarjetas de crédito por teléfono.

Cómo coordina su Administrador de la atención sus servicios CDPAS.

1. Su Administrador de la atención evalúa si cumple con los requisitos para CDPAS, la inscripción y si

- usted o alguien en su nombre puede administrar sus servicios y responsabilidades CDPAS.
2. Coordina su evaluación de salud comunitaria de UAS-NY, que es necesaria para evaluar su necesidad de servicios de asistencia personal. health.ny.gov
 3. Le guía y le ayuda con la solicitud y el registro de PPL para usted y su cuidador.
Le ayuda a reunir la documentación necesaria, los registros médicos y los formularios de órdenes médicas para los servicios CDPAS.
 - Le ayuda a completar los formularios y a enviarlos a las agencias correspondientes o al intermediario fiscal estatal (PPL).
 - Supervisa y evalúa sus servicios PCSP CDPAS para garantizar que los servicios le ayudan a satisfacer sus necesidades de atención médica y que se paga a sus asistentes de CDPAS.

Evaluación y servicios de necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN)

A **partir del 1 de enero de 2025**, puede recibir pruebas de detección y remisión a los servicios locales, estatales y federales existentes a través de las Redes de Atención Social (SCN) regionales. Si usted es elegible, estos grupos locales pueden conectarle con servicios en su comunidad que le ayudan con la vivienda, el transporte, la educación, el empleo y la gestión de la atención sin costo para usted.

- Después de la evaluación a través de SCN, usted y cualquier miembro interesado en su hogar pueden reunirse con un Navegador de Atención Social, quien puede confirmar la elegibilidad para los servicios que ayudan con la salud y el bienestar individual. Es posible que le soliciten a usted o a los miembros de su hogar documentación de respaldo para determinar en qué aspectos se puede necesitar apoyo adicional.
- Si usted o algún miembro de su hogar califican para los servicios, el Navegador de Atención Social trabajará con usted para obtener el apoyo necesario. Puede calificar para más de un servicio, dependiendo de la elegibilidad individual. Estos servicios incluyen:
 - Asistencia para la vivienda y servicios públicos:
 - Instalar modificaciones en el hogar como rampas, pasamanos, barras de agarre, pasillos, abridores de puertas eléctricos, ensanchamiento de puertas, manijas de puertas y gabinetes, instalaciones de baño, gabinetes o fregaderos de cocina y superficies antideslizantes para que su hogar sea accesible y seguro.
 - Servicios de remediación de moho, plagas y asma.
 - Proporcionar un aire acondicionado, calentador, humidificador o deshumidificador para mejorar la ventilación en su hogar.
 - Proporcionar pequeñas unidades de refrigeración necesarias para el tratamiento médico.
 - Le ayudamos a encontrar y solicitar una vivienda segura y estable en la comunidad, que puede incluir asistencia con el alquiler y los servicios públicos.

NOTA: Su plan puede cubrir algunos servicios de vivienda. Por lo tanto, algunos servicios de vivienda requerirán la coordinación entre el Navegador de Atención Social y el administrador de cuidados de su plan de salud.

- Servicios de transporte:
 - Ayudarle con el acceso al transporte público o privado a lugares aprobados por la SCN, como ir a una entrevista de trabajo, clases para padres, tribunales de vivienda para evitar el desalojo, mercados locales de agricultores y oficinas municipales o estatales para obtener documentos importantes.
- Servicios de administración de cuidados:
 - Obtener ayuda para encontrar un trabajo o un programa de capacitación laboral, solicitar beneficios públicos, administrar sus finanzas y más.
 - Conectarse con servicios como cuidado infantil, asesoramiento, intervención en crisis, programa de hogares de salud y más.

Póngase en contacto con una SCN en su área:

1. Puede llamar al número del Departamento de Servicios para Miembros del plan de salud al (833)

671-0440 (TTY: 711) y le pondremos en contacto con una SCN de su zona.

2. Puede llamar a la SCN de su condado y solicitar una evaluación o más información. Vea la información de contacto de la SCN en el cuadro a continuación.
3. También puede visitar su sitio web para comenzar una autoevaluación.

Una vez que se conecte con la SCN, un Navegador de Atención Social le hará preguntas para confirmar su elegibilidad, solicitará documentación de respaldo (si es necesario), le informará más sobre los servicios elegibles y lo ayudará a conectarse con ellos.

SCN	Condados	Número de Teléfono
Health Equity Alliance of Long Island	Nassau, Suffolk	(516) 505-4434
	healiny.org/	
Hudson Valley Care Coalition, Inc.	Orange, Rockland, Westchester	(800) 768-5080
	hudsonvalleycare.org/services/hudson-valleys-social-care-network/	
Public Health Solutions	Manhattan, Queens, Brooklyn	(888) 755-5045
	wholeyou.nyc/	
Staten Island Performing Provider System	Richmond	(917) 830-1140
	statenislandpps.org/social-care-network/	
Somos Healthcare Providers, Inc.	Bronx	833-SOMOSNY (833-766-6769)
	somoscommunitycare.org/social-care-network/	

Servicios cubiertos de salud conductual (salud mental y adicciones) Servicios

ambulatorios de salud mental para adultos

- **Tratamiento diurno continuo (CDT).** Proporciona a los adultos con enfermedades mentales graves las habilidades y los apoyos necesarios para permanecer en la comunidad y ser más independientes. Usted puede asistir varios días a la semana con consultas que duren más de una hora.
- **Hospitalización parcial (PH):** Un programa que proporciona tratamiento de salud mental diseñado para estabilizar o ayudar a los síntomas agudos en una persona que puede necesitar hospitalización.

Atención de salud mental de rehabilitación ambulatoria para adultos

- **Tratamiento asertivo comunitario (ACT):** El ACT es un enfoque de equipo para los servicios de tratamiento, apoyo y rehabilitación. Muchos servicios son proporcionados por el personal del ACT en la comunidad o en el lugar donde usted vive. El ACT es para personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad mental grave o problemas emocionales.
- **Tratamiento ambulatorio y servicios de rehabilitación de salud mental (MHOTRS)** Un programa que proporciona tratamiento, evaluación y manejo de síntomas. Los servicios pueden incluir terapias individuales y grupales en una clínica ubicada en su comunidad.
- **Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS):** Un programa completo orientado a la recuperación si tiene una enfermedad mental grave y continua. El objetivo del programa es combinar el tratamiento, el apoyo y la terapia para ayudar en su recuperación.

Servicios ambulatorios de rehabilitación para la salud mental y adicciones en adultos para miembros que cumplan con los requisitos clínicos. También se les conoce como CORE.

Servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad (CORE): Programa de recuperación centrado en la persona con apoyos móviles de salud conductual para ayudar a desarrollar habilidades y promover la participación e independencia de la comunidad. Los servicios CORE están disponibles para los miembros que el estado ha identificado por cumplir con los criterios de alto riesgo en salud conductual. Cualquiera puede remitir a alguien, o autoremitirse, a los servicios CORE.

- **Rehabilitación psicosocial (PSR):** Este servicio ayuda con las habilidades para la vida, como hacer conexiones sociales; encontrar o mantener un trabajo; comenzar o regresar a la escuela; y usar los recursos de la comunidad.
- **Soporte y tratamiento psiquiátrico comunitario (CPST):** Este servicio lo ayuda a controlar los síntomas a través del asesoramiento y el tratamiento clínico.
- **Apoyo y capacitación familiar (FST):** Este servicio le proporciona a sus familiares y amigos la información y las habilidades para ayudarlo y apoyarlo.
- **Servicios de empoderamiento, apoyo de pares:** Este servicio lo conecta con especialistas de pares que han pasado por el proceso de recuperación. Usted recibirá apoyo y asistencia para aprender a:
 - vivir con desafíos de salud y ser independiente
 - asistirle en la toma de decisiones sobre su propia recuperación; y
 - encontrar apoyos y recursos naturales.

Servicios de crisis de salud mental para adultos.

- **Programa integral de emergencia psiquiátrica (CPEP):** Un programa hospitalario que brinda apoyo en situaciones de crisis y camas para observación prolongada (hasta 72 horas) a las personas que necesitan servicios de salud mental de emergencia.
- **Servicios móviles de crisis y telefónicos de crisis:** Un servicio dentro de la comunidad que responde a las personas que experimentan una crisis de salud mental y/o adicción.
- **Programas residenciales de crisis:** Una residencia a corto plazo que brinda servicios las 24 horas del día durante un máximo de 28 días, para personas que experimentan síntomas de salud mental o desafíos en la vida diaria que empeoran los síntomas. Los servicios pueden ayudar a evitar una hospitalización y apoyar su regreso a la comunidad.

Servicios ambulatorios para el tratamiento de adicciones en adultos.

Los **centros de tratamiento de opioides (OTP)** son centros certificados por la Oficina de Servicios y Apoyos contra la Adicción, donde se dispensan medicamentos para tratar la dependencia de opioides. Estos medicamentos pueden incluir metadona, buprenorfina y suboxona. Estos centros también ofrecen asesoramiento y servicios educativos. En muchos casos, usted puede obtener servicios continuos en una clínica de los OTP durante toda su vida.

Servicios residenciales para el tratamiento de adicciones en adultos.

Los servicios residenciales son para personas que necesitan apoyo las 24 horas en su recuperación en un entorno residencial. Los servicios residenciales ayudan a mantener la recuperación a través de un entorno estructurado y libre de sustancias. Usted puede obtener apoyo grupal y aprender habilidades que le serán útiles para su recuperación.

Servicios de rehabilitación de adicciones con hospitalización en adultos

Los centros estatales de tratamiento de adicciones (ATC) brindan atención que responde a sus necesidades y apoya la recuperación a largo plazo. El personal de cada centro está capacitado para ayudar con múltiples afecciones, como las enfermedades mentales. También apoyan la planificación del cuidado posterior. Los tipos de servicios de tratamiento de adicciones varían en cada centro, pero pueden incluir el tratamiento asistido con medicamentos; la ludopatía, tratamientos específicos por género para hombres o mujeres, y más.

Los programas de **rehabilitación de adicciones con internamiento** le pueden proporcionar un entorno seguro para la evaluación, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos por consumo de sustancias. Estos centros ofrecen atención las 24 horas,

los 7 días de la semana, supervisada en todo momento por personal médico. Los servicios de internamiento incluyen el manejo de los síntomas relacionados con la adicción y la monitorización de las complicaciones físicas y mentales resultantes del consumo de sustancias.

Los programas de **desintoxicación con supervisión médica y hospitalización** ofrecen tratamiento de internamiento para la abstinencia moderada e incluyen la vigilancia bajo el cuidado de un médico. Algunos de los servicios que puede recibir son una evaluación médica dentro de las veinticuatro (24) horas de la admisión y supervisión médica de las condiciones de intoxicación y abstinencia.

Teleconsulta

Usted puede acceder a algunos servicios mediante teleconsulta cuando corresponda. Puede recibir servicios de telesalud a través de eConsults o consultas electrónicas, que son comunicaciones entre su médico y sus especialistas. Usted decide si recibe servicios en persona o a través de teleconsulta. Si tiene alguna pregunta adicional sobre teleconsulta, comuníquese con su Administrador de la atención.

Cómo obtener atención fuera del área de servicio.

Debe informar a su Administrador de la atención cuando viaje fuera de su área de cobertura. Si necesita servicios fuera de su área de cobertura, debe contactar a su Administrador de la atención para que lo ayude a coordinar dichos servicios.

Servicio de emergencia

Servicio de emergencia significa la aparición repentina de una afección que representa una amenaza grave para su salud. Para emergencias médicas, llame al 911. No se necesita una autorización previa para recibir los servicios de emergencia. Sin embargo, debe informar a SWH of NY en un plazo de 24 horas tras la emergencia. Es posible que necesite servicios de cuidados a largo plazo después del incidente de emergencia que solo pueden proporcionarse a través de SWH of NY.

Si ingresa en el hospital, un familiar u otro cuidador debe ponerse en contacto con SWH of NY en un plazo de 24 horas desde el ingreso. Su Administrador de la atención suspenderá sus servicios de atención en el hogar y cancelará otras citas, según sea necesario. Asegúrese de notificar a su médico de atención primaria o planificador de alta hospitalaria para que se comunique con el Programa SWH of NY para que podamos trabajar con ellos para planificar su atención al recibir el alta del hospital.

Procedimientos de atención transitoria

Los nuevos afiliados a SWH of NY pueden continuar con un plan de servicios centrado en la persona ya existente durante un periodo de transición de hasta noventa (90) días desde la inscripción o hasta que se acuerde un nuevo plan de servicios centrado en la persona entre el nuevo afiliado y SWH of NY, lo que ocurra primero.

Además, los nuevos afiliados a SWH of NY pueden continuar con un tratamiento en curso durante un período de transición de hasta noventa (90) días a partir de la inscripción con un proveedor de atención médica que no pertenezca a la red

si el proveedor acepta el pago según la tarifa del Plan, cumple con las políticas de garantía de calidad y otras políticas de SWH of NY, y proporciona información médica sobre la atención al Plan.

Si su proveedor abandona la red, podrá continuar un curso de tratamiento activo durante un período de transición de hasta 90 días, siempre y cuando el proveedor acepte el pago a la tarifa del Plan, se adhiera a la garantía de calidad y demás políticas del Plan, y proporcione información médica sobre la atención al Plan.

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors es un programa que puede ayudarlo a pasar de una residencia para ancianos a su hogar o residencia en la comunidad. Es posible que califique para MFP/Open Doors si:

- Ha vivido en una residencia para ancianos durante tres meses o más; y
- Tiene necesidades de salud que puedan satisfacerse a través de servicios en la comunidad.

MFP/Open Doors tiene personas llamadas especialistas en transición y pares, que pueden reunirse con usted en la residencia para ancianos y hablar con usted sobre su regreso a la comunidad. Los especialistas en transición y pares son diferentes de los Administradores de la atención y los Planificadores de alta. Ellos pueden ayudarlo al:

- Proporcionarle información sobre servicios y apoyos en la comunidad,
- Encontrar servicios ofrecidos en la comunidad para ayudarlo a ser independiente, y/o
- Visitarlo o llamarlo después de mudarse para asegurarse de tener 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 pares, llame a la New York Association on Independent Living 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 health.ny.gov/mfp o ilny.org.

Sección IV: Servicios de Medicaid no cubiertos por nuestro plan

Existen algunos servicios de Medicaid que el Programa 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 al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 671-0440 (TTY: 711) si tiene alguna pregunta sobre los beneficios cubiertos por el Programa SWH of NY o Medicaid. Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid al utilizar su Tarjeta de beneficios de Medicaid incluyen:

Farmacia:

La mayoría de los medicamentos recetados están cubiertos por el Programa SWH of NY Medicare Parte D como se describe en la sección 6 de la Evidencia de cobertura (EOC) del Programa Medicare SWH of NY. Medicaid regular cubre algunos medicamentos que no están cubiertos por el Programa Healthcare Medicare SWH of NY Parte D. Medicaid también puede cubrir medicamentos que nosotros denegamos.

Los servicios que se enumeran a continuación están disponibles a través de Medicaid

regular: Ciertos Servicios de salud mental, que incluyen:

- Servicios de administración de la atención de Health Home (HH) y Health Home Plus (HH+)
- Servicios de rehabilitación prestados a los residentes de las residencias comunitarias (CR) autorizadas por la Oficina de Salud Mental (OMH) y los programas de tratamiento basados en la familia
- Tratamiento diurno de la OMH
- Oficina de Servicios y Apoyo para la Adicción (OASAS): Rehabilitación residencial para jóvenes
- Clínicas comunitarias de salud conductual certificadas (CCBHC)
- Centro para tratamiento residencial (RTF) de la OMH

Para los inscritos en el Programa MAP hasta los 21 años de edad:

- Servicios de apoyo y tratamiento para niños y familias (CFTSS)
- Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) para niños.

Ciertos Servicios de discapacidad intelectual y discapacidades del desarrollo, que incluyen:

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento diurno
- Coordinación de servicios de Medicaid
- Servicios recibidos bajo la exención a los Servicios basados en el hogar y la comunidad

Otros servicios de Medicaid:

- Terapia de observación directa para TB (tuberculosis)
- Medicamentos para mejorar la ovulación médicamente necesarios y servicios médicos relacionados con las recetas médicas y con el monitoreo del uso de dichos medicamentos, para los miembros que cumplan con los criterios

Planificación familiar

- Los miembros pueden ir a cualquier médico o clínica de Medicaid que brinde atención de planificación familiar. No necesita una remisión de su Proveedor de atención primaria (PCP).

Transporte que no sea de emergencia

- Está cubierto por Medicaid regular y es organizado por el Agente de transporte estatal, con la excepción de los programas de Atención social diurna para adultos (SADC). Los proveedores de SADC son responsables de proporcionar transporte de ida y vuelta a sus programas para los miembros.

Servicios no cubiertos por el Programa SWH of NY o Medicaid

- Debe pagar los servicios que no están cubiertos por el Programa SWH of NY o por Medicaid si su proveedor le informa por adelantado que estos servicios no están cubiertos Y usted acepta pagarlos. Ejemplos de servicios no cubiertos por el Programa SWH of NY o Medicaid son: Cirugía estética, si no es médicamente necesaria
- Artículos de uso personal y de confort
- Servicios de un proveedor que no es parte del plan fuera de una emergencia médica (a menos que el Programa SWH of NY le autorice ver a ese proveedor)

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 671-0440 (TTY: 711).

Sección V: Procesos de autorización de servicio, apelaciones y quejas

Usted tiene Medicare y también recibe asistencia de Medicaid. La información en esta sección cubre sus derechos para todos sus beneficios de Medicare y la mayoría de sus beneficios de Medicaid. En la mayoría de los casos, utilizará un proceso para sus beneficios de Medicare y/o Medicaid. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque integra los procesos de Medicare y Medicaid.

Sin embargo, para algunos de sus beneficios de Medicaid, también puede tener derecho a un proceso adicional de Apelaciones externas. Consulte la página 22 para obtener más información sobre el proceso de Apelaciones externas.

Sección 1: Solicitud de autorización de servicio (también conocido como Solicitud de decisión de cobertura)

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

Cuando solicita la autorización de un tratamiento o servicio, se denomina **solicitud de autorización de servicio (también conocido como solicitud de decisión de cobertura)**. Para obtener una solicitud de autorización de servicio, usted o su proveedor pueden llamar a su Administrador de la atención y al Programa SWH of NY a nuestro número gratuito: (833) 671-0440 (TTY: 711)

Enviar por fax:

Salud conductual PA FAX (844) 251-1451

Autorización previa central/Pacientes ambulatorios FAX (844) 251-1451

Pacientes hospitalizados y altas de Medicare Central FAX (844) 834-2152

Central Medicare Post Acute FAX (833) 912-4454

Enviar por escrito a la siguiente dirección:

Senior Whole Health of New York (NHC) 2900

Exterior Street, Suite 202

Bronx, NY 10463

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

Autorización previa

Algunos de los servicios cubiertos requieren una **autorización previa** (aprobación anticipada) por parte de su Administrador de la atención y el Departamento de Administración de Utilización antes de que usted los reciba. Usted o una persona de su confianza pueden solicitar una autorización previa llamando, enviando un fax o solicitando una autorización de servicio en persona.

Servicios que requieren autorización previa

- **Sistema de respuesta personal de emergencia**
- **Servicio de enfermería privado**
- **Prótesis y ortesis**
- **Atención diurna social**
- **Apoyos sociales/ambientales (tales como servicios de tareas domésticas, modificaciones en el hogar o relevo)**

Beneficio	Descripción del servicio cubierto	Monto/limitaciones
Atención médica diurna para adultos	<p>Atención y servicios proporcionados en un centro de atención médica residencial o un sitio de extensión aprobado. Se deben proporcionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo la dirección médica de un médico • Por el personal de atención médica diurna para adultos • Basados en la evaluación integral de necesidades y el plan de atención del miembro • Con la coordinación continua del plan de atención médica <p>Incluye transporte.</p>	<p>\$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Comuníquese con su Administrador de la atención y con Servicios para Miembros para obtener ayuda.</p>
Servicios de atención personal dirigidos por el consumidor (CDPAS)	<p>Servicios para miembros con enfermedades crónicas o discapacidades físicas que tienen una necesidad médica de ayuda con actividades de la vida cotidiana (ADL) o servicios de enfermería especializada. Incluye cualquiera de los servicios proporcionados por un auxiliar de atención personal (asistente en el hogar), auxiliar de atención médica en el hogar o enfermero(a). Usted tiene flexibilidad y libertad para elegir a sus cuidadores.</p> <p>Usted, o la persona que actúe en su nombre, es responsable de contratar, despedir, capacitar, supervisar y cesar, si es necesario</p>	<p>\$0</p> <p>Se requiere autorización previa</p>
Servicios dentales	<p>Los servicios cubiertos incluyen servicios dentales regulares y de rutina, tales como chequeos dentales preventivos, limpiezas, radiografías, empastes y otros servicios para verificar si hay cambios o anomalías que puedan requerir tratamiento y/o atención de seguimiento.</p> <p>También incluye implantes dentales médicamente necesarios. Debe tener AMBOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una carta de su médico que explique cómo los implantes asistirán su afección médica • Una carta de su dentista que explique por qué otras alternativas no corregirán su afección y por qué necesita implantes. No necesita una remisión de su PCP para acudir a un dentista. 	<p>\$0</p> <p>Se puede requerir autorización previa para algunos servicios, incluidos los implantes dentales.</p> <p>Muestre su tarjeta de identificación (ID) del miembro del Programa SWH of NY NHC.</p>

Beneficio	Descripción del servicio cubierto	Monto/limitaciones
Equipo médico duradero (DME)	<p>Incluye DME que no sea de Medicare cubiertos por Medicaid, como dispositivos y equipos distintos de los suministros médicos/quirúrgicos, taburetes de bañera y barras de apoyo, y aparatos protésicos u ortóticos.</p> <p>DME cubierto siempre que se cumplan los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El DME puede resistir el uso repetido durante un período prolongado. • Se utiliza principalmente y habitualmente con fines médicos. • Por lo general, no es útil para una persona sin enfermedad o lesión • Usualmente, se adapta, se diseña o se hace a medida para el uso de una persona en particular. • Se ordena por un proveedor médico calificado. No hay requisito de permanencia en el hogar. 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa para algunos equipos.</p>
Servicios auditivos	<p>Servicios y productos para aliviar la discapacidad causada por la pérdida o discapacidad auditiva. Deben ser médicamente necesarios. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selección, adaptación y dispensación de audífonos. • Comprobaciones de audífonos después de la dispensación • Evaluaciones y reparaciones de conformidad de audífonos. • Servicios de audiología que incluyen pruebas y exámenes, evaluaciones de audífonos y recetas • Audífonos, moldes para oídos, accesorios especiales y piezas de repuesto. 	<p>\$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Servicios de atención en el hogar (especializados)	<p>Las comidas se proporcionan en el hogar o en un entorno de acogida, como centros de alto nivel para personas que no pueden ni preparar comidas ni tener a alguien que se las prepare.</p>	<p>\$0 Se requiere autorización previa.</p>
Atención hospitalaria para pacientes internados, incluida la atención de la salud mental y los trastornos por consumo de	<p>Atención médicamente necesaria, incluidos los días que excedan el máximo vitalicio de 190 días de Medicare para la salud mental de los pacientes internados. El plan cubre los 365 días del año (366 en años bisiestos)</p>	<p>\$0</p> <p>Se requiere autorización previa, excepto en caso de emergencia.</p>

sustancias

Servicios sociales médicos	Evaluación, organización y prestación de ayuda para problemas sociales relacionados con el mantenimiento del miembro en el hogar.	\$0 Se requiere autorización previa.
----------------------------	---	---

Beneficio	Descripción del servicio cubierto	Monto/limitaciones
Suministros médicos/quirúrgicos	<p>El beneficio cubierto es para suministros médicos o quirúrgicos y fórmulas y suplementos administrados por vía enteral o parenteral</p> <p>-- elementos que generalmente se consideran de un solo uso o elementos de consumo.</p> <p>Los beneficios de 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas alimentadas por sonda que no pueden masticar o tragar alimentos y deben obtener nutrición mediante fórmula a través de una sonda; y • Personas con trastornos metabólicos congénitos poco frecuentes que requieren fórmulas médicas específicas para proporcionar nutrientes esenciales. 	\$0 Se requiere autorización previa.
Nutrición	Incluye la evaluación de las necesidades nutricionales, el desarrollo y la evaluación de los planes de tratamiento, la educación y el asesoramiento en nutrición y la capacitación en el servicio. Incluye consideraciones culturales.	\$0 Se requiere autorización previa.
Tratamiento ambulatorio de salud mental	Consultas de terapia individual y grupal. Los miembros pueden solicitar una evaluación a un proveedor de la red en un periodo de 12 meses.	\$0 Se requiere autorización previa para algunos servicios.
Tratamiento ambulatorio para el trastorno por consumo de sustancias	Consultas individuales y grupales. Los miembros deben tener la capacidad de autoremitirse a una única evaluación con un proveedor de la red, en un período de 12 meses.	\$0 Se requiere autorización previa para algunos servicios
Servicios de cuidado personal (PCS) Cuidado personal.	Cubre la prestación de asistencia médicamente necesaria con actividades como la higiene personal, el vestido y la alimentación, así como el apoyo nutricional y ambiental, por ejemplo, la preparación de comidas y la limpieza del	\$0 Se requiere autorización previa.

hogar. Los servicios deben ser esenciales para mantener la salud y seguridad del miembro en su propio hogar.

Servicios de respuesta personal de emergencia (PERS)	El sistema PERS es un dispositivo electrónico que permite a las personas obtener ayuda ante una emergencia física, emocional o ambiental	\$0 Se requiere autorización previa.
--	--	---

Beneficio	Descripción del servicio cubierto	Monto/limitaciones
<p>Servicios de Enfermería para servicios privados</p> <p>Servicio de enfermería privado</p>	<p>Debe ser proporcionado por un(a) enfermero(a) profesional registrado (RN) o enfermero(a) practicante autorizado(a) (LPN) que posea una licencia y registro actual del Departamento de Educación del estado de Nueva York (NYS). Los servicios se pueden proporcionar a través de una agencia de salud en el hogar certificada y autorizada, una agencia de atención en el hogar con licencia o un profesional privado.</p>	<p>\$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Dispositivos protésicos y ortóticos</p>	<p>Dispositivos (excepto dentales) que reemplazan la totalidad o una parte de una función o parte corporal. Estos incluyen, sin limitarse a: bolsas y suministros de colostomía directamente relacionados con su cuidado, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico tras una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con los dispositivos protésicos.</p>	<p>\$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria</p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Fisioterapia y terapia ocupacional •Terapia del habla del lenguaje •Terapia de rehabilitación cardíaca • Terapia social y psicológica •Servicios del Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) <p>Las visitas de fisioterapia están limitadas a 40 al año, mientras que las de terapia ocupacional y logopedia están limitadas a 20 al año cada una, excepto para los miembros con discapacidades del desarrollo o lesiones cerebrales traumáticas.</p>	<p>\$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Atención diurna social</p>	<p>Programa integral estructurado que proporciona socialización, supervisión, monitoreo, atención personal y nutrición en un entorno protector durante cualquier parte del día. Puede incluir asistencia con las ADL, administración de casos y transporte.</p> <p>Cobertura en función de la necesidad médica</p>	<p>\$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Apoyos sociales y ambientales</p>	<p>Incluye servicios y artículos para apoyar las necesidades médicas. Puede incluir tareas de mantenimiento del hogar, servicios de ama de casa/tareas domésticas, mejoras de vivienda y atención de relevo.</p>	<p>\$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Revisión concurrente

También puede pedirle a su Administrador de la atención recibir más servicios de los que recibe actualmente. Esto se denomina **revisión concurrente**.

Revisión retrospectiva

A veces haremos una revisión de la atención que usted recibe para ver si todavía la necesita. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya recibió. Esto se denomina **revisión retrospectiva**. Le informaremos si hacemos estas evaluaciones.

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

El plan de salud cuenta con un equipo de revisión para asegurarse de que usted reciba los servicios para los que califica. Los doctores y enfermeros forman parte del equipo de revisión. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o los servicios que usted solicitó sean médicamente necesarios y adecuados para usted. Para ello, verifican su plan de tratamiento de acuerdo con los estándares médicos aceptables.

Podemos decidir denegar una solicitud de autorización de servicio o autorizarla por un monto inferior al solicitado. Un profesional de atención médica calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio que solicitó no es médicamente necesario, un revisor clínico tomará la decisión. Un revisor clínico experto puede ser un doctor, un(a) enfermero(a) o un profesional de atención médica que generalmente brinda la atención que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, llamados **criterios de revisión clínica**, que se utilizaron para tomar la decisión sobre la necesidad médica.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos según un proceso **estándar** o **rápido**. Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión rápida si creen que un retraso causará daños graves a su salud. Si denegamos su solicitud de una revisión rápida, le informaremos y tramitaremos su solicitud conforme al proceso estándar de revisión. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como su condición médica nos requiera hacerlo, pero no más tarde de lo mencionado a continuación. Encontrará más información sobre el proceso rápido a continuación.

Le comunicaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si aprobamos o denegamos el monto solicitado. También le indicaremos el motivo de la decisión. Le explicaremos las opciones con las que cuenta si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Proceso estándar

En general, utilizamos el plazo estándar para darle nuestra decisión sobre su solicitud de un artículo, tratamiento o servicio médico, a menos que hayamos acordado utilizar los plazos rápidos.

- Una **revisión estándar** para una solicitud de autorización previa significa que le daremos una respuesta dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la fecha en que tengamos toda la información que necesitamos, pero a más tardar **siete (7) días calendario** después de recibir su solicitud. Si su caso es una **revisión concurrente** en la que solicita un cambio en un servicio que ya recibe, tomaremos una decisión en el plazo de 1 día hábil a partir de la fecha en que tengamos toda la información que necesitamos, pero le daremos una respuesta a más tardar siete (7) días calendario después de recibir su solicitud.
- **Podemos extender el plazo hasta por catorce (14) días calendario adicionales** si usted solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos utilizar días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora lo favorece. Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria, pero a más tardar catorce (14) días a partir del día en que solicitamos más información.
- Si cree que no debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para

autorizaciones de servicios y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 4: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan).

Si no le damos nuestra respuesta en un plazo de siete (7) días calendario (o, de haberlos tomado, al término de los días adicionales), puede presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, autorizaremos el servicio o tratamiento, o le daremos el artículo que usted solicitó.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos un Aviso de decisión de apelación que explique por qué dijimos que no. Puede encontrar más información sobre cómo apelar esta decisión en la sección 2: Apelaciones de nivel 1.

Proceso rápido

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

- 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 que necesitamos, pero a más tardar 72 horas a partir de la fecha en que nos hizo su solicitud.
- Podemos demorar **hasta catorce (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 para la revisión. Si decidimos utilizar días adicionales, le informaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora lo favorece.
- Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria, pero a más tardar catorce (14) días a partir del día en que solicitamos más información.
- Si cree que no debemos extender el plazo, **puede presentar una queja rápida**. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 4: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan, a continuación, para obtener más información. Lo llamaremos tan pronto como tomemos la 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: Apelaciones de nivel 1, a continuación, sobre cómo presentar una apelación. Para obtener una **autorización rápida de servicio**, debe cumplir dos requisitos:
 1. Usted solicita cobertura para atención médica que aún no obtiene. (No puede obtener una **autorización rápida de servicio** si su solicitud es por el pago de atención médica que ya recibió).
 2. El uso de los plazos estándar podría causar graves daños a su vida o salud o perjudicar su capacidad funcional.

Si su proveedor nos informa que su estado de salud requiere una autorización rápida de servicio, automáticamente aceptaremos otorgarle una autorización rápida de servicio.

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

Si decidimos que su afección médica no reúne los requisitos para una **autorización rápida de servicio**, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos los plazos estándar).

- Esta carta le informará que, si su proveedor solicita la **autorización rápida de servicio**, automáticamente le concederemos una **autorización rápida de servicio**.
- La carta también le informará cómo puede presentar una **queja rápida** acerca de nuestra decisión de otorgarle una autorización estándar de servicio en lugar de la autorización rápida de servicio que solicitó.

(Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 4: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan, más adelante en este capítulo).

Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le daremos nuestra respuesta dentro de

72 horas después de recibir su solicitud. Si extendimos el plazo necesario para realizar nuestra autorización de servicio

en su solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta al finalizar dicho plazo extendido.

Si nuestra respuesta es no a una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una explicación detallada por escrito de por qué dijimos que no. Si no está satisfecho con nuestra respuesta, tiene derecho a presentar una apelación. Consulte la sección 2: Apelaciones de nivel 1, a continuación, para obtener más información.

Si no nos comunicamos con usted dentro de estos plazos, significa que denegamos su solicitud de autorización de servicio. Si esto sucede, tiene derecho a presentar una apelación.

Consulte la sección 2: Apelaciones de nivel 1, a continuación, para obtener más información.

Si cambiamos un servicio que ya recibe

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o detener un servicio ya autorizado que usted recibe, debemos informarle al menos 15 días antes de que cambiemos el servicio.
- Si revisamos la atención que recibió en el pasado, tomaremos una decisión sobre el pago de la misma en un plazo de 30 días a partir de 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 en que deneguemos el pago. No tendrá que pagar por la atención recibida cubierta por el plan o Medicaid, incluso si luego denegamos el pago al proveedor.

También puede tener **derechos especiales de Medicare si finaliza su cobertura de atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF)**. Para obtener más información sobre estos derechos, consulte el capítulo 9 de la Evidencia de cobertura del Programa SWH of NY.

Qué hacer si desea apelar una decisión sobre su atención

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

- Si la rechazamos, tiene derecho a presentar una apelación y pedirnos que reconsideremos esta decisión. Presentar una apelación significa intentar nuevamente obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, eso significa que usted ingresará al nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).
- El Programa SWH of NY también puede explicarle los procesos de quejas y apelaciones disponibles para usted en función de su queja. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 671-0440 (TTY: 711) para obtener más información sobre sus derechos y las opciones disponibles para usted.

En cualquier momento del proceso, usted o una persona de su confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión con el Departamento de Salud del estado de New York llamando al (866) 712-7197.

Sección 2: Apelaciones de nivel 1 (también conocidas como Apelaciones de nivel de plan)

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

Hay algunos tratamientos y servicios para los que necesita aprobación antes de recibirlos o para poder seguir recibéndolos. Esto se llama autorización previa. Solicitar autorización de un tratamiento o servicio se denomina solicitud de autorización de servicio. Describimos este proceso anteriormente en la sección 1 de este capítulo. Si decidimos denegar una solicitud de autorización de servicio o autorizarla por un monto inferior al solicitado,

recibirá un aviso llamado Aviso de determinación de cobertura integrada.

Puede presentar una Apelación de nivel 1:

Si no está satisfecho con una decisión tomada por SWH of NY, puede presentar una apelación. Esto se denomina apelación de nivel 1. El capítulo 9 de su EOC de Medicare Advantage D-SNP le explica cómo presentar una apelación de nivel 1 sobre cualquier decisión que tome SWH of NY.

Ayuda para Continuar mientras está en el proceso de apelación de una decisión sobre su atención:

Si SWH of NY reduce, suspende o interrumpe un servicio que usted está recibiendo actualmente, es posible que pueda continuar con el servicio mientras espera la resolución de la Apelación de nivel 1.

Debe solicitar una Apelación de nivel 1:

- **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 nivel 1 es una nueva denegación, no tendrá que pagar el costo de los beneficios continuados que reciba.

Si no está satisfecho con su decisión de Apelación de nivel 1, puede volver a apelar. Esto se denomina Apelación de nivel 2. El capítulo 9 de su EOC de Medicare Advantage D-SNP le explica cómo presentar una Apelación de nivel 2 sobre cualquier decisión que tome SWH of NY.

Ayuda para continuar mientras espera la decisión de la Audiencia Imparcial

Es posible que pueda continuar recibiendo sus servicios mientras espera la resolución de la Audiencia Imparcial. La continuación de los beneficios solo está disponible si SWH of NY suspende o interrumpe un servicio, y el servicio está cubierto por Medicaid.

Debe solicitar una Audiencia Imparcial:

- En un plazo de diez (10) días a partir de la fecha de la carta de decisión de la apelación, 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 de acuerdo con la decisión de la 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 otras opciones de derechos de apelación, consulte el capítulo 9 de su EOC de Medicare Advantage D-SNP o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 3: Apelaciones externas solo para Medicaid

Usted o su doctor pueden solicitar una Apelación externa para **beneficios cubiertos únicamente por Medicaid**.

Puede solicitar al estado de Nueva York (el Estado) 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

- es experimental o de investigación, o
- no es diferente de la atención que puede obtener en la red del plan, o
- está disponible a través de un proveedor participante con el entrenamiento y la experiencia adecuados para satisfacer sus necesidades.

Esto se llama Apelación externa, debido a que la decisión la toman revisores que no trabajan para el plan ni el Estado. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por 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 apelar al estado:

- Debe presentar una Apelación de nivel 1 ante el plan y obtener el Aviso de decisión de apelación del plan:
- o
- Puede solicitar una Apelación externa acelerada al mismo tiempo si no recibió el servicio y solicita una Apelación rápida. (Su doctor deberá indicar que se necesita una Apelación acelerada); o bien
- Usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelaciones del plan e ir directamente a la Apelación Externa; o bien
- Puede probar que el plan no siguió las reglas correctamente en el procesamiento de su Apelación de nivel 1.

Dispone de **cuatro (4) meses** después de recibir el **Aviso de 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 en un plazo de cuatro (4) meses a partir de la fecha en la que se realizó dicho acuerdo.

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

- Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 671-0440 (TTY: 711) si necesita ayuda para presentar una apelación.
- Usted y sus doctores tendrán que proporcionar información sobre su problema médico.
- En la solicitud de Apelación externa, se señala qué información se necesitará. A

continuación, se indican algunas maneras de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al (800) 400-8882. Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros en dfs.ny.gov.
- Comuníquese con el Plan de Salud al (833) 671-0440 (TTY: 711).

El revisor decidirá su Apelación externa en un plazo de 30 días. Si el revisor de la Apelación externa pide más información, es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles). El revisor le informará a usted y al plan la decisión final en un plazo de dos días después de tomar la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico indica que un retraso causará daños graves a su salud. A esto se le llama **Apelación externa acelerada**. El revisor de Apelaciones externas tomará una decisión con respecto a una apelación acelerada en un plazo de 72 horas o menos. El revisor le informará inmediatamente a usted y al plan la decisión por teléfono o fax. Posteriormente, el revisor le enviará una carta en la que le informará la decisión.

En cualquier momento del proceso, usted o una persona de confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión con el Departamento de Salud del estado de New York llamando al 1-866-712-7197.

Sección 4: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan

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

Esperamos que nuestro plan le brinde un buen servicio. Si tiene un problema con la atención o el tratamiento que recibe de nuestro personal o proveedores, o si no le gusta la calidad de la atención o los servicios que recibe de nosotros, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 671-0440 (TTY: 711) o escriba a Servicios para Miembros. El nombre formal para hacer una queja es presentar una reclamación.

Puede pedirle a alguien de confianza que presente la queja por usted. Si necesita nuestra ayuda debido a un

impedimento auditivo o visual o si necesita servicios de traducción, podemos brindarle asistencia. No le dificultaremos las cosas ni tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Cómo presentar una queja:

- **Por lo general, llamar al Departamento de Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que usted necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará. (833) 671-0440 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
- Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), **puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, la responderemos por escrito. Envíe su queja por correo postal a la siguiente dirección:

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) A la
atención de: Medicare Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801

- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse de inmediato con el Departamento de Servicios para Miembros.** Puede presentar una queja en cualquier momento después de tener el problema sobre el que quiere presentar dicha queja.

Qué ocurre después:

- Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente. Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante la llamada. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.
- Respondemos las quejas dentro de treinta (30) días calendario.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de autorización de servicio rápido o apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida. Si tiene una queja rápida, significa que le daremos una respuesta dentro de 24 horas.
- Si necesitamos más información y la demora lo favorece o si usted pide una extensión de tiempo, podemos tardar hasta catorce (14) días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- Sin embargo, si ya nos solicitó una autorización de servicio o presentó una apelación, y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación, describimos ejemplos de las ocasiones en las que puede presentar una queja:
 - Si nos pidió que le diéramos una autorización de servicio rápido o una apelación rápida y le dijimos que no lo haríamos.
 - Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para otorgarle una autorización de servicio o una respuesta a una apelación que presentó.
 - Cuando se revisa una autorización de servicio que hicimos y se nos dice que debemos cubrir o reembolsarle por ciertos servicios médicos o medicamentos dentro de ciertos plazos y usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos.
- **Si no estamos de acuerdo** con alguna parte o la totalidad de sus quejas o no asumimos la responsabilidad del problema del que se queja, le haremos saber. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo o no con la queja.

Apelaciones de quejas

Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos acerca de su queja acerca de sus beneficios de Medicaid, usted o una persona de confianza pueden presentar una Apelación de queja ante el plan.

Cómo presentar una Apelación de queja:

- Si no está satisfecho con la decisión que tomamos, tiene sesenta (60) días hábiles a partir de la recepción de nuestra respuesta para presentar una Apelación de queja.
- Puede hacerlo usted mismo o pedirle a una persona de confianza que presente una Apelación de queja por usted.

- Debe presentar la Apelación de queja por escrito.
 - Si presenta una apelación por teléfono, debe hacerle un seguimiento por escrito.
 - Después de su llamada, le enviaremos un formulario que resume su apelación realizada por teléfono.
 - Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar el formulario y enviarnoslo de regreso. Puede realizar todos los cambios necesarios antes de enviarnos el formulario.

Qué sucede después de que recibimos su Apelación de queja:

Después de recibir su Apelación de queja, le enviaremos una carta en un plazo de quince (15) días hábiles. En la carta, se le proporcionarán los siguientes datos:

- El nombre de la persona que está trabajando en su Apelación de queja.
- Los medios para comunicarse con dicha persona.
- Si necesitamos más información.

Una o más personas calificadas revisarán su Apelación de queja. Estos revisores están en un nivel más alto que los revisores que tomaron la primera decisión con respecto a su queja.

Si su Apelación de queja se trata de asuntos clínicos, uno o más profesionales de atención médica calificados revisarán su caso. Al menos uno de ellos será un revisor clínico experto que no haya participado en la toma de la primera decisión sobre su queja.

Le informaremos nuestra decisión dentro de los treinta (30) días hábiles a partir del momento en que tengamos toda la información necesaria. Si una demora pusiera en riesgo su salud, recibirá nuestra decisión en dos (2) días hábiles a partir del momento en que tengamos toda la información. Si corresponde, le informaremos los motivos de nuestra decisión y nuestra justificación clínica.

Si aún no está de acuerdo con la decisión, usted u otra persona en su nombre pueden presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York, al (866) 712-7197.

Defensor del pueblo participante

El Defensor del pueblo participante, llamado Independent Consumer Advocacy Network (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 Nueva York. Puede llamar a ICAN para obtener asesoramiento gratuito e independiente sobre su cobertura, quejas y opciones de apelación. Pueden ayudarle a gestionar el proceso de apelaciones.

ICAN también puede brindarle apoyo antes de que se inscriba en un plan MLTC como SWH of NY. Este apoyo incluye asesoramiento imparcial sobre la elección de planes de salud e información general relacionada con los planes.

Comuníquese con ICAN por los siguientes medios para obtener más información sobre sus servicios:

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) 633
Third Ave, 10th Floor, New York, New York 10017 Sitio
web: icannys.org | Correo electrónico: ican@cssny.org
Teléfono: (844) 614-8800 (TTY Servicio de
retransmisión: 711, de 9 a. m. a 5 p. m., de lunes a
viernes.

A través del sitio web de ICAN, puede chatear con un consejero en tiempo real o enviar una solicitud para que le devuelvan la llamada.

Sección VI: Cancelación de afiliación al Programa SWH of NY MAP

No se cancelará la afiliación de los afiliados en el Producto Medicaid Advantage Plus por ninguna de las siguientes razones:

- Una alta utilización de los servicios médicos cubiertos, una afección existente o un cambio en la salud del afiliado, o
- Una reducción de la capacidad mental, un comportamiento no cooperativo o un trastorno del comportamiento como consecuencia de sus necesidades especiales, a menos que el comportamiento provoque que el afiliado se considere no elegible para recibir Medicaid Advantage Plus.

Puede optar por desafilarse voluntariamente

Usted puede solicitar abandonar el PROGRAMA SWH of NY, MAP en cualquier momento y por cualquier razón.

Para solicitar su desafiliación, llame al (833) 671-0440 (TTY: 711). El proceso puede tardar hasta seis (6) semanas, según la fecha de recepción de su solicitud. Puede cancelar su afiliación en Medicaid regular o afiliarse a otro plan de salud, siempre y cuando califique para ello. Si usted aún necesita servicios CBLTSS, como cuidado personal, debe unirse a otro plan MLTC o programa de exención de Servicios basados en el hogar y la comunidad a fin de continuar recibiendo servicios CBLTSS.

Deberá abandonar el Programa SWH of NY, MAP si:

- Ya no está afiliado en el Programa SWH of NY para su cobertura de Medicare,
- Ya no es elegible para Medicaid,
- Necesita atención médica en un residencia para ancianos, pero no es elegible para Medicaid institucional,
- Se encuentra fuera del área de servicio del plan por más de treinta (30) días consecutivos,
- Se muda de manera permanente fuera del área de servicio del Programa SWH of NY,
- heredada de MLTC y ya no es elegible para recibir cuidados en una residencia para ancianos según lo determinado mediante la CHA, a menos que se pueda esperar de forma razonable que la terminación de los servicios proporcionados por el plan resulte en que usted sea elegible para el nivel de atención de la residencia para ancianos dentro del siguiente período de seis meses,
- En el momento de cualquier reevaluación mientras vive en la comunidad, se determina que ya no cumple con el requisito de necesidades mínimas de ADL.
- No recibió uno de los servicios CBLTSS, como atención médica diurna para adultos, servicio de enfermería privados, servicios de auxiliares de atención médica en el hogar, CDPAS o servicios en el hogar, incluidos servicios de cuidado personal (nivel 2), servicios de enfermería o terapias. Tenga en cuenta que los servicios de atención social diurna para adultos por sí solos no califican para la afiliación continua,
- Se inscribe en un programa de exención de servicios domiciliarios y comunitarios, o se convierte en residente de un programa residencial de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo,
- Se convierte en residente de un programa residencial de la OMH o la OASAS (que no sea una prestación cubierta por el plan MAP) durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más, o
- Se negó a completar una reevaluación requerida.

Podemos pedirle que abandone el Programa SWH of NY, MAP si:

- Usted, un familiar, un cuidador informal u otro miembro del hogar presenta una conducta o comportamiento que perjudique gravemente la capacidad del plan para proporcionar servicios.
- Proporciona a sabiendas información fraudulenta en un formulario de afiliación, o permite el abuso de una tarjeta de afiliación en el Programa MAP;
- No completa ni presenta el consentimiento o la autorización necesarios; o
- No paga o no llega a un acuerdo para pagar la cantidad de dinero, determinada por el Distrito local de servicios sociales (LDSS), que debe al Plan como gasto adicional/excedente en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha de vencimiento del pago. Habremos hecho un esfuerzo razonable para efectuar el cobro.

Antes de la cancelación involuntaria de la afiliación, el Programa SWH of NY obtendrá la aprobación de New York Medicaid Choice (NYMC) o una entidad designada por el Estado para notificarle la intención de cancelar la afiliación. La fecha de vigencia de la cancelación de afiliación será el primer día del mes siguiente al mes en que se procese la cancelación de afiliación. Si continúa necesitando CBLTSS, se le pedirá que elija

otro plan o se le asignará automáticamente otro plan que le proporcione cobertura para los servicios que necesite. Al volver a afiliarse al Programa MAP, es posible que deba ser evaluado nuevamente por el Programa NYIAP.

Sección VII: Competencia cultural y lingüística

El Programa 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 inclusiva de proveedores culturalmente competentes y promovemos y garantizamos la prestación de servicios de una manera culturalmente apropiada para todos los afiliados. Esto incluye, entre otros, a aquellos con habilidades limitadas en el idioma inglés, diversos orígenes culturales y étnicos y diversas comunidades religiosas.

Sección VIII: Derechos y responsabilidades del miembro

El Programa SWH of NY hará todo lo posible para asegurar que todos los miembros sean tratados con dignidad y respeto. En el momento de la afiliación, su Administrador de la atención le explicará sus derechos y responsabilidades. Si necesita servicios de interpretación, su Administrador de la atención se encargará de coordinarlos. El personal hará todo lo posible por 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 sobre su historia clínica y cuando reciba tratamiento.
- Tiene derecho a obtener información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentadas de una manera y en un idioma que comprenda.
- Tiene derecho a obtener información en un idioma que entienda; puede obtener servicios de traducción oral de forma gratuita.
- Tiene el derecho de obtener la información necesaria para dar su consentimiento informado antes de comenzar un tratamiento.
- Tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- Tiene derecho a obtener una copia de su historia clínica y a solicitar que esta sea enmendada o corregida.
- Tiene derecho a formar parte de las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar tratamiento.
- Tiene derecho a estar libre de todo tipo de restricción o reclusión usada como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tiene derecho a recibir atención sin tener en cuenta el género, la raza, el estado de salud, el color, la edad, la nacionalidad, la orientación sexual, el estado civil o la 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, incluido 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 Nueva York o su Departamento local de servicios sociales; y el derecho a solicitar una audiencia imparcial a través de la Oficina de Audiencias Administrativas y/o una Apelación externa del estado de Nueva York, según corresponda.
- Tiene derecho a nombrar a una persona para que hable por usted sobre su atención y tratamiento.

Tiene derecho a buscar asistencia en el programa del Defensor del pueblo participante. Responsabilidades del miembro

- Tiene la responsabilidad de recibir los servicios cubiertos a través del Programa SWH of NY.

- Tiene la responsabilidad de utilizar los proveedores de la red del Programa SWH of NY para estos servicios cubiertos, en la medida en que los proveedores de la red estén disponibles.
- Tiene la responsabilidad de obtener autorización previa para los servicios cubiertos, excepto para los servicios cubiertos preaprobados o en emergencias.
- Tiene la responsabilidad de consultar a su médico si se produce un cambio en su estado de salud.
- Tiene la responsabilidad de compartir información de salud completa y precisa con sus proveedores de atención médica.
- Tiene la responsabilidad de informar al personal del Programa SWH of NY sobre cualquier cambio en su salud y de informar si no comprende o no puede seguir las instrucciones.
- Tiene la responsabilidad de seguir el plan de atención recomendado por el personal del Programa SWH of NY (con sus comentarios).
- Tiene la responsabilidad de cooperar y ser respetuoso con el personal del Programa SWH of NY y no discriminar al personal del Programa SWH of NY por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, género, edad, capacidad mental o física, orientación sexual o estado civil.
- Tiene la responsabilidad de notificar al Programa SWH of NY dentro de los dos días hábiles posteriores a la recepción de servicios no cubiertos o no preaprobados.
- Tiene la responsabilidad de notificar a su equipo de atención médica del Programa SWH of NY con anticipación cada vez que no esté en casa para recibir los servicios o la atención que se organizaron para usted.
- Tiene la responsabilidad de informar al Programa SWH of NY antes de mudarse de manera permanente del área de servicio, o de cualquier ausencia prolongada del área de servicio.
- Usted es responsable de las consecuencias de sus acciones si se niega a realizar el tratamiento o no cumple con las instrucciones que le brinda su cuidador.
- Tiene la responsabilidad de cumplir con sus obligaciones financieras.

Directivas anticipadas

Las directivas anticipadas son documentos legales que garantizan que sus solicitudes se cumplan en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo. Las directivas anticipadas pueden venir en forma de un apoderado para la atención médica, un testamento vital o una orden de no resucitar. Estos documentos pueden indicar qué atención desea que se le brinde en ciertas circunstancias y/o pueden autorizar a un familiar o amigo en particular a tomar decisiones en su nombre.

Es su derecho hacer las directivas anticipadas que 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 la atención para obtener asistencia para completar estos documentos. Si ya tiene una directiva anticipada, comparta una copia con su Administrador de la atención.

Información disponible a solicitud

- Información sobre la estructura y el funcionamiento del Programa SWH of NY.
- Criterios específicos de revisión clínica relacionados con una condición de salud particular y otra información que el Programa SWH of NY considera al autorizar los servicios.
- Políticas y procedimientos sobre información médica protegida.
- Descripción escrita de los arreglos organizativos y los procedimientos en curso del programa de aseguramiento de la calidad y mejora del desempeño.
- Las políticas de acreditación de los proveedores.
- Una copia reciente del estado financiero certificado del Programa SWH of NY; y las políticas y procedimientos utilizados por el Programa SWH of NY para determinar la elegibilidad de un proveedor.
- Puede obtener este documento sin costo en otro idioma o en otros formatos, como braille, audio o letra grande. Llame al (833) 671-0440, (TTY: 711). La llamada es gratuita.

Opción de aviso electrónico

El Programa SWH of NY y nuestros proveedores pueden enviarle avisos sobre autorizaciones de servicio, apelaciones de los planes, quejas y apelaciones de quejas por vía electrónica, en lugar de por teléfono o correo postal. También podemos enviarle información sobre su manual del miembro, nuestro directorio de proveedores y los cambios en los beneficios de atención médica administrada de Medicaid por vía electrónica, en lugar de por correo postal.

Podemos enviarle estos avisos por fax, portal web, correo electrónico y mensaje de texto (pueden aplicarse tarifas por mensajes de texto y datos).

Si desea recibir estos avisos de manera electrónica, debe consultarnos. Para solicitar avisos electrónicos, contáctenos por teléfono, correo electrónico, en el sitio web, por fax o correo postal:

Teléfono (833) 671-0440 (TTY: 711)
Correo electrónico NYMemberServices@MolinaHealthcare.com
En línea SWHNY.com
Fax..... (844) 834-2155
Correo 2900 Exterior Street Suite 202, Bronx, NY 10463

Cuando se comuniquen con nosotros, debe:

- Decirnos cómo desea recibir avisos que normalmente se envían por correo postal,
- Decirnos cómo desea recibir avisos que normalmente se hacen por llamada telefónica, y
- Facilitarnos sus datos de contacto (número de celular, dirección de correo electrónico, número de fax,

etc.). El Programa SWH of NY le notificará por correo postal que solicitó recibir avisos de manera electrónica.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-NSP) (SWH of NY) cumple las leyes federales sobre derechos civiles. **SWH of NY** no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (como se define en la Sección 92.101(a)(2) del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).

SWH of NY ofrece los siguientes servicios:

- Asistencia y servicios gratuitos para personas con discapacidades para comunicarse con nosotros, por ejemplo:
 - o Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - o Información escrita en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idioma gratuitos para personas cuya lengua materna no sea inglés, por ejemplo:
 - o Intérpretes calificados.
 - o Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con **SWH of NY** llamando al (833) 671-0440. Para servicios de TTY/TDD, llame al 711.

Si cree que **SWH of NY** no le brindó estos servicios o que le discriminó de cualquier otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

- Por correo: 200 Oceangate Suite 100, Long Beach, CA 90802
- Por teléfono: (866) 606-3889 (para servicios de TTY/TDD, llame al 711)
- Fax: (844) 834-2155
- En persona: 2900 Exterior Street Suite 202, Bronx, NY 10463
- Por correo electrónico: Civil.Rights@MolinaHealthcare.com

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services (Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos) de las siguientes maneras:

- Sitio web: El Portal de Quejas de la Office for Civil Rights en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building Washington,
DC 20201
Los formularios de quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD: 800-537-7697)

Este aviso está disponible en el sitio web de SWH of NY: www.SWHNY.com

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call (833) 671-0440 (TTY:711).	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al (833) 671-0440 (TTY:711).	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 (833) 671-0440 (TTY:711)。	Chinese
ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم (833) 671-0440 (TTY:711).	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. (833) 671-0440 (TTY:711) 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру (833) 671-0440 (TTY:711).	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il (833) 671-0440 (TTY:711).	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le (833) 671-0440 (TTY :711).	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele (833) 671-0440 (TTY:711).	French Creole
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. רופט (833) 671-0440 (TTY:711).	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: (833) 671-0440 (TTY:711).	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa (833) 671-0440 (TTY:711).	Tagalog
মনোযোগ নামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। (833) 671-0440 (TTY:711) এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi (833) 671-0440 (TTY:711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο (833) 671-0440 (TTY:711).	Greek
توجه فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں (833) 671-0440 (TTY:711)۔	Urdu

