



MANUAL DEL PARTICIPANTE

Tabla de contenidos

I. Bienvenido al plan MetroPlus Managed Long Term Care	2
II. Inscripción	4
III. Características especiales del plan MetroPlus Managed Long Term Care	9
IV. Beneficios.....	11
V. Autorizaciones de servicios y requisitos de acción.....	18
VI. Finalización de la cobertura	22
VII. Responsabilidad económica del paciente de Medicaid	24
VIII. Derechos y responsabilidades	25
IX. Defensoría del Participante.....	27
X. Quejas, apelaciones y audiencias justas del participante	28
XI. Glosario.....	38
XII. Formulario del acuerdo de inscripción.....	41

I. Bienvenido al plan MetroPlus Managed Long Term Care

Estimado participante de MetroPlus MLTC:

Gracias por elegir el plan Managed Long Term Care (MLTC) de MetroPlus Health Plan, un programa especialmente diseñado para brindar a las personas de 21 años en adelante que necesitan servicios de cuidados a largo plazo y viven en Brooklyn, Manhattan, el Bronx o Queens la oportunidad de vivir de manera independiente en su hogar.

El MetroPlus MLTC ofrece servicios coordinados, brindando asistencia en cuidados médicos y facilitando el acceso a los programas y servicios especiales que usted necesita. Nuestro plan cubre una amplia gama de servicios y beneficios. Este manual le ayudará a entender su cobertura, sus beneficios y cómo acceder a los servicios que usted necesita.

Queremos que esté satisfecho con los servicios que brindamos en virtud de nuestro plan MLTC. Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Departamento de Servicios al Cliente dedicado de lunes a sábado, de 8 am a 8 pm, llamando al 1-855-355-MLTC (6582). Después del horario de atención y los días feriados, llame a la Línea Directa de Salud disponible 24/7 al 1-800-442-2560; un representante lo comunicará con personal del MLTC de guardia. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Será un placer ayudarlo con todas sus necesidades. También puede visitar nuestro sitio web en www.metroplus.org.

Gracias por convertirse en participante de MetroPlus.

Le deseamos una buena salud.



Arnold Saperstein
CEO
MetroPlus Health Plan
160 Water Street
New York, NY 10038

El plan MetroPlus Managed Long Term Care ha sido aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York como un programa de cuidados administrados a largo plazo para las personas que necesitan servicios de atención prolongada y otros servicios relacionados de salud. Al inscribirse en nuestro plan, usted recibirá un plan coordinado de cuidados y contará con un administrador de cuidados que le ayudará a gestionar su atención y los servicios.

II. Inscripción

La inscripción en el plan MetroPlus Managed Long Term Care es voluntaria. MetroPlus cumplirá con los protocolos de inscripción y el plan de implementación del Centro de Inscripción y Evaluación Sin Conflictos, tal como se describe en las directrices emitidas por el Departamento. Como parte del Proceso de Inscripción del plan MetroPlus Managed Long Term Care, un profesional de enfermería lo llamará y coordinará una visita a su hogar para hablar en forma personal con usted y su familia sobre el plan MetroPlus Managed Long Term Care. El profesional de enfermería revisará los criterios de elegibilidad con usted y lo ayudará a determinar si califica para este programa. El profesional de enfermería también completará una evaluación para determinar su estado de salud y seguridad.

Después de la evaluación inicial en la visita a su hogar, su gerente de enfermería comenzará a desarrollar su plan individual de cuidados. Su administrador de cuidados se pondrá en contacto con usted y con su médico para hablar sobre sus necesidades individuales y coordinar los servicios en su nombre.

Si su médico no desea que usted trabaje con MetroPlus, hablaremos con usted sobre sus opciones. Si decide que desea cambiar de médico, podemos ayudarle a elegir a otro médico en su vecindario.

Cuando usted elige inscribirse en el plan MetroPlus Managed Long Term Care, puede retirar su solicitud o el acuerdo de inscripción, a más tardar, el mediodía del día 20 del mes previo a la fecha de entrada en vigencia de la inscripción indicando sus deseos en forma oral o por escrito; nosotros confirmaremos el retiro por escrito.

La evaluación inicial de MetroPlus sobre la elegibilidad para el MLTC se llevará a cabo dentro de los treinta (30) días posteriores al primer contacto de una persona solicitando la inscripción o a la recepción de la remisión por parte del agente de inscripciones o de otra fuente.

Para inscribirse en el plan MetroPlus Managed Long Term Care (MLTC), usted debe cumplir con los siguientes criterios de inscripción de MLTC:

- Tener al menos 21 años de edad
- Ser residente del Bronx, Brooklyn, Manhattan o Queens.
- Ser elegible para Medicaid.
- Requerir servicios de cuidados a largo plazo durante al menos 120 días desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción.
- Poder permanecer en su hogar de manera segura sin riesgos o lesiones para su salud y seguridad.
- Necesitar al menos uno de los siguientes servicios del plan MetroPlus Managed Long Term Care:
 - Servicios de enfermería en el hogar
 - Servicios de enfermería privada
 - Terapias en su hogar
 - Servicios de atención médica a domicilio
 - Servicios de cuidado personal en el hogar
 - Cuidado médico de día para adultos
 - Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor (CDPAS)

Su médico debe aceptar colaborar con el plan MetroPlus Managed Long Term Care o usted debe estar dispuesto a cambiar a un médico que desee colaborar con el plan de cuidados administrados a largo plazo. La colaboración de un médico significa la voluntad de escribir órdenes para los servicios cubiertos que permitan que usted reciba la atención de proveedores de la red después de su inscripción.

Centro de Inscripción y Evaluación sin Conflictos

Todas las determinaciones iniciales de elegibilidad para los planes MLTC son realizadas por un Evaluador sin Conflictos. El Centro de Inscripción y Evaluación sin Conflictos del Estado de Nueva York es dirigido por New York Medicaid CHOICE o Maximus, un contratista del estado. Todas las personas que deseen obtener información sobre el plan MetroPlus MLTC o que deseen inscribirse en dichos productos serán remitidas a Maximus, de conformidad con las normas y directrices departamentales. Si y cuando Maximus determina que las personas son elegibles para MLTC, serán remitidas al plan MLTC de su elección.

Puede comunicarse con Maximus por teléfono:

Teléfono: 1-855-222-8350

Horarios de atención:

De lunes a viernes: 8:30 am – 8:00 pm

Sábados: 10 am – 6 pm

Continuidad de la atención

Si usted recibe servicios y apoyos comunitarios a largo plazo que lo califican para un plan MLTC, tiene derecho a recibir los mismos servicios en virtud del plan de atención preexistente por un período de al menos 90 días o hasta que se realice la evaluación integral, el plazo que sea posterior.

Traslado del cuidado administrado general al cuidado administrado a largo plazo

Todos los solicitantes de **Medicaid únicamente** inscritos en un Plan de Cuidado Administrado General (MMCP, por sus siglas en inglés) pueden cancelar su inscripción en el MMCP e inscribirse en el plan MetroPlus Managed Long Term Care (MLTCP). Los solicitantes de Medicaid pueden inscribirse si tienen la necesidad de un servicio que no se puede proveer en el MMCP o si el participante reúne los requisitos para Medicare y cumple con los criterios de inscripción de MLTC.

Los afiliados de **Medicaid únicamente** en un Plan de Cuidado Administrado General que deseen inscribirse en el MetroPlus MLTC deben tener la necesidad de al menos uno de los siguientes servicios:

- Comidas de entrega a domicilio o en congregación
- Servicios de cuidado social diurno (SDCS, por sus siglas en inglés)

- Modificación y apoyo medioambiental
- ***Además, el solicitante debe reunir los criterios de inscripción para el MLTC mencionados anteriormente.***

Durante el proceso de traslado, el personal de MetroPlus está disponible para asistir a los solicitantes si lo necesitan, y ayudar a los solicitantes a completar los formularios requeridos y apoyarlos en el proceso de traslado.

Cuidado de transición

Los participantes nuevos pueden seguir con un tratamiento continuo durante un período de transición de hasta 90 días desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción con un proveedor de atención médica que no pertenezca a la red. El proveedor debe aceptar el pago en virtud de las tarifas del plan, respetar las políticas de aseguramiento de calidad y demás políticas del plan MetroPlus Managed Long Term Care e informarnos respecto de su atención médica. El período se aplicará incluso si el proveedor no le notifica al plan ni solicita la autorización durante el período de transición de 90 días.

Si su proveedor de atención médica deja la red, su tratamiento podrá continuar durante el período de transición de hasta 90 días si el proveedor acepta el pago en virtud de las tarifas del plan, respeta las políticas de aseguramiento de calidad y demás políticas del plan MetroPlus Managed Long Term Care y nos informa respecto de su atención médica. La continuidad de la atención se aplica a todos los servicios cubiertos, incluso la atención médica a domicilio y los servicios de enfermería privada.

La autorización para este período de transición no se aplica a los beneficios no cubiertos. La cobertura durante el período de transición continuará sin un costo adicional.

Si usted proviene de un programa comunitario de cuidados a largo de Medicaid, continuaremos brindando los servicios autorizados en virtud de su plan preexistente durante un mínimo de noventa (90) días. El plan también emitirá un aviso de acción en caso de cualquier restricción, reducción, suspensión o finalización de servicios autorizados para aquellos participantes que estén en transición desde un programa comunitario de cuidados a largo plazo de Medicaid.

El plan autorizará y cubrirá los Servicios Comunitarios de Cuidados a Largo Plazo (CBLTCS, por sus siglas en inglés) y Apoyos y Servicios Institucionales a Largo Plazo (ILTSS, por sus siglas en inglés) al mismo nivel, alcance y monto que los que usted recibía en virtud del programa de tarifa por servicio de Medicaid durante los 90 días posteriores a su inscripción o hasta que el PCSP de MetroPlus esté listo, el plazo que sea posterior. MetroPlus no denegará el pago a proveedores del cuidado de transición de CBLTCS y ILTSS únicamente sobre la base de que el proveedor no solicitó una autorización previa, excepto que el Contrato del Proveedor Participante describa un acuerdo alternativo para las autorizaciones del cuidado de transición. Por último, MetroPlus trabajará con el proveedor de CBLTCS y ILTSS para coordinar una transición segura para el afiliado, que puede ser a un nivel superior de cuidados, en caso de que una orden médica existente haya vencido o esté por vencer y se requiera una orden médica nueva para la provisión continua de CBLTCS y ILTSS durante el período de transición, pero esta no se haya podido obtener después de un esfuerzo razonable.

Cómo comunicarse con el plan MetroPlus Managed Long Term Care

Si tiene preguntas o inquietudes sobre sus reclamaciones, la facturación, su tarjeta de identificación o su administrador de cuidados, llame o escriba a Servicios al Cliente del plan MetroPlus Managed Long Term Care. Con gusto lo ayudaremos.

Llame al:	<p>1-855-355-MLTC (6582) De lunes a sábado, de 8 am a 8 pm</p> <p>Después del horario de atención y durante los feriados, llame al 1-800-442-2560 y será comunicado con personal de MLTC.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los Servicios al Cliente también cuentan con servicios de interpretación de idioma gratuitos, disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
Usuarios de TTY:	<p>711</p> <p>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
Fax:	1-212-908-5282
Escriba a:	<p>MetroPlus Health Plan MLTC 160 Water Street, 3rd Floor New York, NY 10038</p>
Sitio web:	www.metroplus.org

III. Características especiales del plan

MetroPlus Managed Long Term Care

Administración de cuidados

Como participante del plan MetroPlus Managed Long Term Care, usted tiene un único número para acceder a todos los servicios médicamente necesarios. Este número es el **1-855-355-MLTC (6582)**. El número para los usuarios de TTY es 711.

Cuando usted se una al plan MetroPlus Managed Long Term Care, se le asignará un administrador de cuidados. Su administrador de cuidados trabajará con usted, su familia y su proveedor de atención primaria (PCP) o con otras personas de su elección en su nombre. Su administrador de cuidados desarrollará un plan individual de cuidados para usted. El plan coordina y paga todos los servicios cubiertos que son médicamente necesarios.

El sistema de administración de cuidados del MetroPlus MLTC se asegurará de que los cuidados provistos sean adecuados para satisfacer sus necesidades y se coordinen de manera adecuada, y consistirá de sistemas de información automatizados y de políticas y procedimientos operativos. El sistema de administración de cuidados del contratista:

- a. Proveerá como mínimo un contacto telefónico de administración de cuidados por mes a cada afiliado;
- b. Proveerá, como mínimo, una visita a domicilio para la administración de cuidados cada seis (6) meses para cada afiliado, que puede incluirse como parte de cualquier reevaluación, pero que no puede coordinarse a través de un acuerdo delegado únicamente para satisfacer el requisito del Sistema Uniforme de Evaluación;
- c. Garantizará que el nivel y el grado de administración de cuidados y el Plan de Cuidados de cada afiliado aborde las necesidades del afiliado y se base en qué tan agudas y graves son las afecciones mentales y físicas de los afiliados;
- d. Identificará la proporción entre administradores de cuidados y afiliados teniendo en cuenta una estructura jerárquica que se base en qué tan agudas y graves son las afecciones mentales y físicas de los afiliados. Si se provee administración de cuidados mediante un “enfoque en equipo”, entonces los Protocolos para la Administración de Cuidados deben abordar cómo funciona el equipo;
- e. Identificará métodos para educar e informar al afiliado, según corresponda, sobre los Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor (CDPAS) y demás opciones de

servicios al momento de diseñar el Plan de Cuidados con el afiliado después de la evaluación y la reevaluación;

- f. Identificará un tiempo de respuesta requerido mínimo que sea razonable para los contactos con el afiliado/participante. Se debe basar en función de una jerarquía del principio de selección de necesidades, teniendo en cuenta las necesidades del afiliado y los tipos de solicitudes;
- g. Identificará las cualificaciones necesarias de los administradores de cuidados para demostrar que estos tienen los antecedentes adecuados en atención médica y/o atención a largo plazo y títulos en trabajo social, enfermería y/o en campos relacionados;

MetroPlus notificará oportunamente al administrador que corresponda sobre cualquier afiliado nuevo en el Plan MLTC y sobre los afiliados que cancelan su inscripción en el Plan MLTC. Tal notificación será coherente respecto de cuándo y cómo el Departamento y/o el agente de inscripciones le notifica al Plan MLTC sobre esta información.

MetroPlus puede contratar a otra entidad para la provisión de los Servicios de Administración de Cuidados celebrando un acuerdo de Servicios Administrativos de Administración de Cuidados (CMAS, por sus siglas en inglés) con dicha entidad utilizando las directrices emitidas por el Departamento.

MetroPlus garantiza, de conformidad con NY PHL 4403-f y las directrices aplicables emitidas por el Departamento, la coordinación adecuada de los cuidados para los afiliados que optan por recibir los beneficios de cuidados paliativos.

MetroPlus hará todos los esfuerzos razonables para comunicarse de manera eficaz con los proveedores y los afiliados durante el proceso de desarrollo del PCSP respecto de la necesidad de obtener la autorización de los servicios incluidos en el PCSP, el momento de dichas revisiones y cuándo toma la determinación MetroPlus, con el fin de facilitar la comprensión en caso de desacuerdos entre el equipo de planificación de cuidados, los cuales deben resolverse mediante el Sistema de Quejas de MetroPlus.

IV. Beneficios

Servicios cubiertos

MetroPlus es responsable de coordinar, organizar y autorizar el pago a los proveedores de estos servicios. Los servicios cubiertos le son provistos a usted mediante nuestra red de proveedores participantes.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Administración de cuidados
- Cuidados en el hogar
 - Enfermería
 - Asistentes de salud a domicilio
 - Terapias de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia) y
 - Servicios sociales médicos
- Cuidado médico de día para adultos o cuidado social para adultos durante el día
- Servicios de cuidado personal
- Equipo médico duradero
- Suministros médicos y quirúrgicos
- Asesoramiento nutricional y suplementos nutricionales
- Prótesis y ortopedia
- Exámenes auditivos y audífonos (incluidas las baterías para los audífonos)
- Sistemas de Respuesta ante Emergencias Personales (PERS)
- Transporte programado a citas sanitarias
- Exámenes oftalmológicos y gafas
- Atención odontológica
- Podología
- Terapias de rehabilitación (física, ocupacional y logopedia) proporcionadas en una ubicación distinta al domicilio
- Alimentos entregados en el hogar
- Terapia respiratoria y oxígeno
- Modificación/mejoras a la seguridad del hogar
- Telesalud
- Asignación a largo plazo en un hogar para veteranos
- Asignación de cuidados en un hogar de reposo a largo plazo (centro residencial de atención médica)
- Servicios de enfermería privada

- Educación sobre salud
- Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor (CDPAS)
- Servicios de guardia las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Educación sobre salud

Se provee educación sobre salud a los afiliados de manera continua a través de métodos, tales como la publicación de información en el sitio web del contratista, la distribución (electrónica o de otra forma) de boletines informativos para el afiliado, clases de educación sobre salud o asesoramiento individual sobre temas de salud pública o salud preventiva, tales como:

- Prevención de lesiones;
- Violencia doméstica;
- VIH/SIDA, incluso la disponibilidad de pruebas de VIH y agujas y jeringas estériles;
- Enfermedades de transmisión sexual (STD, por sus siglas en inglés), incluso cómo acceder a servicios confidenciales de STD;
- Dejar de fumar;
- Asma;
- Vacunas;
- Servicios de salud mental;
- Diabetes;
- Examen de detección de cáncer;
- Dependencia de sustancias químicas;
- Acondicionamiento físico y nutrición;
- Enfermedad cardiovascular e hipertensión;
- Atención odontológica, incluso la importancia de los servicios preventivos como selladores dentales; y
- Examen de detección de hepatitis C para las personas que nacieron entre 1945 y 1965.

Centro para cuidados paliativos

Como participante de MetroPlus MLTC, si solicita y reúne los requisitos de elegibilidad para servicios de cuidados paliativos, puede optar por el beneficio de cuidados paliativos sin cancelar su inscripción en MetroPlus. Los servicios se pueden proporcionar en su hogar o en un hospital. Estos servicios estarán cubiertos y se facturarán directamente a Medicare y Medicaid, según corresponda. MetroPlus coordinará sus cuidados paliativos para proveer cualquier cuidado que no esté relacionado con su enfermedad terminal para apoyar sus necesidades.

Hogar de reposo

Todas las personas con doble elegibilidad de 21 años en adelante que deseen o sean remitidas a

una asignación en un hogar de reposo deben estar inscritas en un plan MLTC. Las personas que no estén inscritas en un plan MLTC que necesiten cuidados en un hogar de reposo permanente deberán obtener una determinación de elegibilidad de Medicaid para cuidados a largo plazo por parte del LDSS o de una entidad designada por el Estado antes de su inscripción en un plan MLTC. A las personas con doble elegibilidad que tienen 21 años o más y que se ha determinado su elegibilidad para una asignación a largo plazo en un hogar de reposo se les permiten sesenta (60) días para seleccionar en qué plan MLTC desean inscribirse. Las personas que no se inscriban en un Plan MLTC dentro del plazo establecido serán asignadas automáticamente a un MLTCP que tenga un contrato con el hogar de reposo donde está asignada actualmente la persona. Los posibles solicitantes serán remitidos a un agente de inscripciones para que reciban educación y asistencia sobre las opciones disponibles de planes MLTC, incluso las alternativas de CBLTC. Si un plan MLTC no tiene un hogar de reposo que satisfaga las necesidades del afiliado o si no hay camas suficientes disponibles al momento de la asignación, el plan MLTC autorizará una asignación fuera de la red.

Limitaciones

- La fisioterapia, terapia ocupacional y logoterapia como paciente ambulatorio se limitan a 20 consultas por año, por terapia. (Esta limitación no se aplica a las personas con discapacidades en el desarrollo).
- La fórmula enteral y los suplementos nutricionales están limitados a las personas que no pueden obtener la nutrición a través de cualquier otro medio, y a las condiciones siguientes: 1) personas alimentadas por tubo que no pueden masticar o tragar alimentos y deben obtener la nutrición a través de una fórmula por medio de un tubo; 2) personas con trastornos metabólicos congénitos raros que requieren fórmulas médicas específicas para proporcionar nutrientes esenciales no disponibles a través de cualquier otro medio. La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos debe incluir productos alimenticios sólidos que son bajos en proteínas o que contienen proteína modificada.
- Los cuidados en un Hogar de Reposo están cubiertos para las personas que se consideran en asignación permanente, siempre y cuando sean elegibles para la cobertura de Medicaid institucional.
- Si es un veterano, tiene el derecho de recibir una asignación a largo plazo en un hogar para veteranos. Si MetroPlus no tiene un hogar para veteranos en nuestra red, usted podrá cambiar su inscripción a un Plan de Cuidados Administrados a Largo Plazo que tenga un hogar para veteranos en su red. MetroPlus permitirá que acceda al hogar para veteranos hasta que haya cambiado de plan MLTC.
- Si ya tiene Medicare y/o cobertura y beneficios complementarios de Medicare, estos no cambiarán. Los beneficios médicos, por ejemplo, sus consultas al médico, la atención en la sala de emergencias y la hospitalización, no están cubiertos por el plan MetroPlus Managed Long Term Care, pero es posible que estén cubiertos por otras fuentes.
- A partir del 1 de enero de 2016, MetroPlus cubre los servicios de atención médica provistos

por telesalud. Los servicios prestados por telesalud utilizan tecnologías electrónicas de información y comunicación por parte de los proveedores de telesalud para prestar servicios de atención médica, que incluyen evaluación, diagnóstico, consultas, tratamiento, educación, manejo de la atención o el autocontrol de un afiliado. Proveedor de telesalud significa: médico, auxiliar médico, dentista, enfermero profesional, enfermero profesional registrado (solo cuando dicho enfermero recibe información médica específica del paciente o datos médicos en un sitio distante mediante control remoto de pacientes), podólogo, optometrista, psicólogo, trabajador social, patólogo del habla y el lenguaje, audiólogo, partera, educador certificado en diabetes, educador certificado en asma, consejero genético certificado, hospital, agencia del cuidado a domicilio, centro de cuidados paliativos o cualquier otro proveedor, según lo determine el Comisionado de Salud conforme a la regulación. El contratista es responsable de cubrir los servicios establecidos en el paquete de beneficios prestados por telesalud, de conformidad con la Sección 2999-cc de la Ley de Salud Pública.

Servicios de emergencia y de atención de urgencia

Una emergencia puede ser cualquier afección médica o conductual que le llevaría a creer que la afección, enfermedad o lesión es de tal naturaleza que el no obtener atención médica inmediata podría tener como consecuencia el poner su salud en grave peligro.

Usted no tiene la obligación de obtener la autorización previa de MetroPlus Managed Long Term Care para obtener tratamiento para las afecciones médicas de emergencia. **Si necesita Servicios de Emergencia, llame al 911 de inmediato o acérquese al hospital más cercano o a la sala de emergencias.** Cuando tenga una emergencia o una situación de urgencia, primero obtenga la atención y, luego, póngase en contacto con el administrador de cuidados tan pronto como usted pueda.

Es importante que usted, un familiar o un amigo llame al administrador de cuidados tan pronto como sea posible al 1-855-355-MLTC (6582) después de un servicio de emergencia o de atención de urgencia. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Su administrador de cuidados puede reprogramar cualquier servicio planificado que no haya recibido durante ese tiempo y comenzar a realizar cualquier cambio necesario a su Plan de Cuidados. Le ayudará a evitar cualquier brecha innecesaria en los servicios que podría necesitar. Si tiene Medicare y/o beneficios y cobertura complementaria de Medicare y/o Medicaid, ellos y su plan MLTC cubrirán su atención de emergencia.

Servicios que no están cubiertos

Usted aún puede recibir los servicios mencionados a continuación. Medicare y/o Medicaid pueden cubrir estos servicios en función de una tarifa por servicio de un proveedor que acepte Medicare y/o Medicaid.

A continuación presentamos algunos ejemplos de servicios que no están cubiertos:

- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y hospitalizados
- Servicios de un médico de atención primaria o especializada
- Servicios de la clínica ambulatoria
- Servicios de laboratorio
- Radiografías y otros servicios de radiología
- Servicios quiroprácticos
- Diálisis renal crónica
- Transporte de emergencia
- Consultas a la Sala de Emergencias (ER)
- Transporte para fines no médicos
- Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria
- Artículos personales y de bienestar
- Tratamiento para la infertilidad
- Servicios de proveedores que no forman parte del plan (a menos que MetroPlus MLTC lo remita a ese proveedor)
- Servicios de salud mental y por abuso de sustancias
- Medicamentos recetados y de venta libre
- Programa de vida asistida
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de la Oficina de Retraso Mental y Discapacidades del Desarrollo (OMRDD, por sus siglas en inglés)

Proveedores de la red

Los participantes tienen la obligación de usar proveedores de la red para todos los servicios cubiertos. Su administrador de cuidados también coordinará cualquier servicio que requiera que no esté cubierto por el plan MetroPlus Managed Long Term Care. Su administrador de cuidados trabajará con su médico y otros proveedores que participen en su atención para facilitarle el proceso.

Si tiene beneficios adicionales de Medicare, tiene la libertad de elegir proveedores para los servicios cubiertos pagados por Medicare. El plan MetroPlus Managed Long Term Care paga los copagos de Medicare para los servicios cubiertos si Medicare es el pagador principal.

MetroPlus Managed Long Term Care pagará en su totalidad a los proveedores de la red por cada servicio autorizado y provisto sin que usted deba pagar un copago u otro costo. Si recibe una factura por los servicios cubiertos autorizados por MetroPlus MLTC, usted no es responsable de pagar la

factura; póngase en contacto con Servicios al Cliente al 1-855-355-MLTC (6582) (TTY:711). Es posible que usted sea responsable del pago de los servicios cubiertos no autorizados por MetroPlus Managed Long Term Care o por los servicios cubiertos brindados por proveedores externos a la red de MetroPlus Managed Long Term Care.

Usted debe pagar los servicios que no están cubiertos por el plan MetroPlus Managed Long Term Care o por Medicaid si su proveedor le informa por adelantado que estos servicios no están cubiertos Y usted acepta pagar por ellos.

Su Plan de Cuidados:

Su administrador de cuidados desarrollará un plan de cuidados específico para satisfacer sus necesidades médicas, físicas, emocionales y sociales, en función de su evaluación inicial integral. Su plan de cuidados se basa en sus evaluaciones integrales e identifica sus necesidades individuales. Su plan de cuidados se revisa al menos cada seis meses, pero se puede revisar con mayor frecuencia si su afección y sus necesidades cambian. Recibirá una copia de su plan de cuidados.

Su tarjeta de identificación

En cuanto se convierta en participante de nuestro plan, recibirá una tarjeta de identificación que se usará para identificarlo y darle acceso a los beneficios en virtud del plan MetroPlus Managed Long Term Care. Su tarjeta de identificación se adjuntará a la carta de bienvenida que recibirá por correo junto con el Directorio de proveedores. Cuando reciba su tarjeta de identificación, debe asegurarse de que toda la información que figura allí sea correcta. Aquí le mostramos una tarjeta de identificación de muestra para que tenga una idea de cómo lucirá la suya:



Es importante mostrar su tarjeta de identificación si se le solicita que demuestra que es un participante del plan MetroPlus Managed Long Term Care. Lleve su tarjeta de identificación con usted en todo momento. Aún puede usar su tarjeta de Medicaid para cualquier servicio que **no** esté cubierto por nuestro plan. **NO** tiene que mostrar su tarjeta de identificación de MetroPlus antes de recibir atención de emergencia. En caso de emergencia, llame al 911 o acérquese a la sala de emergencias más cercana.

Si tiene preguntas o su tarjeta se daña, se pierda y se la roban, llame a Servicios al Cliente de inmediato al 1-855-355-MLTC (6582), (usuarios de TTY: 711) de lunes a sábado de 8 am a 8 pm. Le enviaremos por correo su tarjeta de identificación nueva.

V. Autorizaciones de servicios y requisitos de acción

Como participante del plan MetroPlus Managed Long Term Care, usted tiene cobertura para tratamientos y servicios específicos. Para obtener la aprobación para estos tratamientos o servicios, **llame a su administrador de cuidados o a Servicios al Cliente al 1-855-355-MLTC (6582) o al 711 (usuarios de TTY)**. Los Servicios al Cliente también cuentan con servicios de interpretación de idioma gratuitos, disponibles para las personas que no hablan inglés. Un representante de Servicios al Cliente responderá cualquier pregunta que tenga sobre el proceso. Se tomará la decisión de autorizar el servicio si la atención es médicamente necesaria.

Definiciones:

Una **autorización previa** es una solicitud presentada por usted, o por un proveedor en su nombre, para la cobertura de un nuevo servicio (ya sea para un nuevo período de autorización o dentro de un período de autorización existente); o una solicitud para cambiar un servicio según se establece en el plan de cuidados para un nuevo período de autorización, antes de que se brinden dichos servicios.

Una **revisión concurrente** es una solicitud presentada por usted, o por un proveedor en su nombre, para servicios adicionales que actualmente están autorizados en el plan de cuidados o para servicios de cuidados de la salud a domicilio cubiertos por Medicaid después de un ingreso como paciente hospitalizado.

Revisión acelerada: Usted recibirá una revisión acelerada de su solicitud de autorización de servicio cuando el plan o su proveedor indiquen que el plazo estándar pondría en grave peligro su salud (la del afiliado), su vida o la capacidad de mantener o recuperar una función máxima. Usted o su proveedor puede solicitar una revisión acelerada de una autorización previa o una revisión concurrente. Las apelaciones de acciones que resultan de una revisión concurrente deben gestionarse como aceleradas.

En el caso de las autorizaciones previas, tomaremos una decisión y le notificaremos tan pronto como su afección lo requiera o dentro de los 3 días hábiles posteriores a la recepción de la información necesaria, pero en un plazo máximo de 14 días posteriores a la recepción de la solicitud del servicio. Si es acelerada, tomaremos una decisión y le notificaremos tan pronto como su afección lo requiera o dentro de los 3 días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud.

En el caso de las revisiones concurrentes, tomaremos una decisión y le notificaremos tan pronto como su afección lo requiera o dentro de 1 día hábil posterior a la recepción de la información necesaria, pero en un plazo máximo de 14 días posteriores a la recepción de la solicitud del servicio. Si es acelerada, tomaremos una decisión y le notificaremos tan pronto como su afección lo requiera o dentro de 1 día hábil posterior a la recepción de la información necesaria, pero en un plazo máximo

de 3 días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud.

Usted o su proveedor puede solicitar una prórroga de hasta 14 días calendario. MetroPlus puede iniciar una prórroga de hasta 14 días calendarios si el motivo es beneficioso para usted, y está bien documentado y justificado.

Usted o su médico también puede presentar una solicitud de autorización de servicio por fax o por correo a:

Fax: 212-908-5282

**Correo: MetroPlus Health Plan MLTC
160 Water Street, 3rd Floor
New York, NY 10038
Attention: Prior Authorization**

Los siguientes servicios requieren **autorización previa**:

- Asistente de cuidados personales (PCA, por sus siglas en inglés) o asistente para la salud en el hogar (HHA, por sus siglas en inglés)
- Servicio de un asistente las 24 horas
- Nutricionista registrado (RD, por sus siglas en inglés)
- Comidas de entrega a domicilio/en congregación
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Logoterapia
- Terapia respiratoria
- Equipo médico duradero
- Telesalud
- Suministros médicos
- Prótesis y ortopedia
- Transporte en casos que no son de emergencia
- Cuidado social diurno
- Cuidado médico de día para adultos
- Dentaduras y otros dispositivos
- Servicios de optometría
- Gafas y otros equipos de adaptación
- Servicios de podología (ambulatorios / visitas al consultorio)
- Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales (PERS)
- Asignación en un centro de cuidados a largo plazo

- Apoyos ambientales, entre ellos:
 - Limpieza pesada del hogar
 - Exterminación / control de plagas
 - Brazaletes para el Regreso Seguro a Casa
 - Dispositivos de seguridad personal

Al momento de la recepción de su solicitud, su equipo de atención médica la revisará y la procesará en un plazo estándar o acelerado (proceso rápido). Usted o su médico pueden solicitar una revisión acelerada si consideran que una demora podría provocar daños graves a su salud. Le informaremos si se deniega su solicitud para la revisión acelerada, y su caso se revisará mediante el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan pronto como sea posible, pero nunca excederemos los plazos que se mencionan abajo.

Les informaremos a usted y a su proveedor por escrito si aprobamos o denegamos su solicitud. También le indicaremos las razones de nuestra decisión. Le explicaremos sus opciones de apelaciones o audiencias justas si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Por lo general, el plazo para una revisión estándar para una autorización previa oscila entre 3 y 14 días hábiles desde la recepción de la información sobre la solicitud.

- Revisión estándar: Tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de 3 días hábiles a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero le responderemos, como máximo, 14 días después de la recepción de su solicitud. Le informaremos el día 14 si necesitamos más información.

- Revisión acelerada (rápida): Tomaremos una decisión y se la informaremos en un plazo de 3 días hábiles. Le informaremos el tercer día si necesitamos más información.

Para las revisiones concurrentes, el plazo estándar para una autorización previa oscila entre **1 y 14 días hábiles** posteriores a la recepción de su solicitud.

- Revisión estándar: Tomaremos una decisión dentro de los 3 días hábiles a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero le responderemos, como máximo, 14 días después de que recibamos su solicitud.

- Revisión acelerada: Tomaremos una decisión dentro de los 3 días hábiles a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero le responderemos, como máximo, 3 días hábiles después de que recibamos su solicitud.

- En el caso de una solicitud de servicios de salud a domicilio cubiertos por Medicaid después de un ingreso como paciente hospitalizado, un (1) día hábil después de la recepción de la información necesaria; excepto cuando el día posterior a la solicitud de servicios cae un día de fin de semana o feriado, en cuyo caso el plazo es de setenta y dos horas (72) horas después de la recepción de la información necesaria, pero en ningún caso nos excederemos del plazo máximo de tres (3) días

hábiles después de la recepción de la solicitud del servicio.

Si el médico considera que su vida, su salud o la capacidad de recuperarse se pondrían en riesgo si espera el plazo de revisión estándar, puede solicitar un plazo acelerado poniéndose en contacto con el administrador de cuidados.

- En el caso de las autorizaciones previas, la revisión acelerada se completará **dentro de los 3 días hábiles**.
- En el caso de las revisiones concurrentes, la revisión acelerada se completará **dentro de 1 a 3 días hábiles**.

Si necesitamos más información para tomar una decisión acelerada o estándar sobre la solicitud del servicio, los plazos que aparecen arriba se pueden extender hasta 14 días. Haremos lo siguiente:

- Le escribiremos e indicaremos qué información se necesita. Si su solicitud es para una revisión rápida, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos un aviso por escrito luego.
- Le indicaremos por qué le conviene que haya una demora.
- Tomaremos una decisión lo más rápido que podamos cuando recibamos la información necesaria, pero demoraremos como máximo 14 días desde la **finalización** del plazo original.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza pueden pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar la decisión. El motivo de esto podría ser que aún cuente con más información para presentar al plan para ayudar a decidir su caso. Puede hacerlo llamando al 1-855-355-MLTC (6582) o por escrito.

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

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. Consulte la Sección X, Quejas del participante y proceso de apelación, para obtener instrucciones sobre cómo apelar.

VI. Finalización de la cobertura

Desafiliación voluntaria

Usted puede solicitar su desafiliación voluntaria del plan MetroPlus Managed Long Term Care en cualquier momento y por cualquier motivo. Puede cancelar su inscripción o abandonar el Plan por cualquier motivo presentando un aviso por escrito o en forma oral. Si lo hace verbalmente, MetroPlus Managed Long Term Care le enviará un aviso por escrito confirmando su decisión. Para abandonar el plan MetroPlus Managed Long Term Care, háganos saber que desea desafiliarse. El plan MetroPlus Managed Long Term Care se pondrá en contacto con usted o con la persona de su confianza para averiguar el motivo por el cual ya no desea ser parte del Plan, pero no tiene la obligación de informar los motivos si no lo desea.

Se le solicitará que firme un formulario de solicitud de desafiliación. Este formulario le informará la fecha tentativa de desafiliación o la fecha en la que ya no tiene derecho a recibir servicios a través de MetroPlus Managed Long Term Care. MetroPlus Managed Long Term Care le enviará la solicitud de desafiliación a New York Medicaid CHOICE para su procesamiento.

Desafiliación involuntaria

MetroPlus Health Plan cancelará su afiliación de manera involuntaria (sin su consentimiento) por cualquiera de los siguientes motivos:

- Usted ya no vive en nuestra área de servicio;
- Usted se inscribe en otro programa de tratamiento diurno OPWDD, BCHS o MLTC de Medicaid;
- Usted se ausenta del área de servicio por más de 30 días consecutivos;
- Usted es hospitalizado durante 45 días consecutivos o ha ingresado a un programa residencial OMH, OPWDD o OASAS durante 45 días o más;
- Usted necesita clínicamente cuidados en un hogar de reposo, pero no es elegible para dichos cuidados en virtud de las normas institucionales del programa Medicaid;
- Usted no puede permanecer de manera segura en su hogar o en su comunidad;
- Usted no requiere servicios de cuidados administrados a largo plazo de MetroPlus durante al menos 120 días, según la determinación de su última reevaluación;
- Usted ya no es elegible para recibir los beneficios de Medicaid del Estado de Nueva York;
- Usted no paga ni toma medidas satisfactorias aprobadas por MetroPlus Managed Long Term Care para pagar el monto de la responsabilidad económica del paciente (*spenddown*) adeudado a MetroPlus Health Plan después del período de gracia de treinta (30) días;
- Usted no completa o no presenta de forma intencional cualquier consentimiento o divulgación necesarios, según lo solicite MetroPlus Health Plan;
- Usted da información falsa a MetroPlus Health Plan que engaña al Plan o usted se involucra en

una conducta fraudulenta sobre cualquier aspecto sustancial o importante de su membresía en el plan;

- Usted, su familiar o cuidador informal participa en una actividad que pone en peligro el medio ambiente, participa en una conducta o comportamiento que puede poner en riesgo su salud, su seguridad o la salud o seguridad de otros.
- Su médico se rehúsa a colaborar con MetroPlus en el desarrollo y la implementación de su plan de cuidados y usted no desea cambiar de proveedor.
- Usted no es elegible para MLTC porque después de una evaluación se determinó que ya no tiene una necesidad funcional o clínica para servicios comunitarios de cuidados a largo plazos o, en el caso de los afiliados sin doble elegibilidad, ya no requieren el nivel de cuidados de un hogar de reposo, según se determina utilizando la herramienta de evaluación que ordena el Departamento. Se debe cancelar la inscripción del afiliado cuyo único servicio del plan MLTC es el cuidado social diurno. MetroPlus Health Plan brindará al LDSS o a la entidad designada por el Departamento los resultados de su evaluación y las recomendaciones sobre la desafiliación dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la evaluación en la que se toma dicha determinación.

Cualquier desafiliación involuntaria requiere de la aprobación de New York Medicaid CHOICE (Maximus). Si es aprobada por New York Medicaid CHOICE (Maximus), le notificaremos por escrito la fecha de entrada en vigencia de su desafiliación y sus derechos a una audiencia justa.

Si tiene Medicaid, la fecha de entrada en vigencia de la desafiliación de MetroPlus será el primer día del mes posterior al mes en el que se recibe la solicitud de desafiliación y esta se procesa por parte de LDSS/HRA. Por lo general, MetroPlus debe recibir un formulario firmado antes del día 15 del mes para que la desafiliación se haga efectiva al mes siguiente. MetroPlus continuará brindando los servicios hasta la fecha efectiva de la desafiliación.

VII. Responsabilidad económica del paciente de Medicaid

¿Qué significa responsabilidad económica del paciente (*spenddown*)?

Es un programa que permite que determinadas personas califiquen para la cobertura de Medicaid, incluso si reciben ingresos superiores al nivel de Medicaid.

La Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York (NYC-HRA, por sus siglas en inglés) determina si tiene una responsabilidad económica y le notificará cuál es su monto de dicha responsabilidad.

MetroPlus hará todos los esfuerzos razonables para cobrar dichos montos, inclusive le enviará una carta solicitándole el pago. **Si no paga o no toma medidas de pago satisfactorias después del período de gracia de treinta (30) días, cancelaremos su inscripción involuntariamente en el plan MetroPlus Managed Long Term Care.**

VIII. Derechos y responsabilidades

Derechos

Como participante del plan MetroPlus Managed Long Term Care, usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir la atención médicamente necesaria;
- Ser tratado con respeto y dignidad en todo momento;
- Mantener la privacidad de su historial médico y tratamiento;
- Ser protegido de la discriminación o el trato injusto, independientemente de su estado de salud, raza, color, sexo, nacionalidad, orientación sexual, edad, estado civil o religión;
- Recibir información en un idioma que usted comprenda, con intérpretes a su disposición de manera gratuita;
- Recibir una copia de sus historiales médicos y solicitar que los historiales sean modificados o corregidos;
- Recibir información sobre las opciones y alternativas disponibles de tratamiento, presentadas en un idioma y de manera tal que las comprenda, sin ningún tipo de restricción, fuerza, disciplina, inconveniente o represalia;
- Participar en las decisiones de tratamiento sobre su atención médica y tener el derecho a rehusarse al tratamiento;
- Recibir la información necesaria para dar un consentimiento informado antes de comenzar el tratamiento;
- Presentar un reclamo ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York o el Departamento de Servicios Sociales local y tener el derecho a usar el Sistema de Audiencias Justas del Estado de Nueva York o, en algunos casos, solicitar una apelación externa al Estado de Nueva York o designar a una persona (pariente, amigo, abogado, etc.) para que lo representen si usted no puede hablar por sí mismo acerca de su atención y tratamiento;
- Solicitar una audiencia justa y una apelación externa;
- Tener la continuidad de los servicios autorizados cuando solicita una audiencia justa;
- Realizar directivas anticipadas y planificaciones para su cuidado; y
- Solicitar la asistencia del programa de Defensoría del Participante.

Responsabilidades

Como participante del MetroPlus Managed Long Term Care, usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Usar nuestra red de proveedores para todos los servicios cubiertos y obtener autorizaciones cuando sea necesario;
- Mantener la elegibilidad;

- Cooperar con su administrador de cuidados y el plan de servicios;
- Notificar al plan cuando se va o estará fuera de la ciudad;
- Cooperar y ser respetuoso con el personal del plan MetroPlus Managed Long Term Care;
- Notificar al plan sobre sus necesidades e inquietudes; y
- Hacer todos los pagos requeridos al plan.
- Si usted tiene Medicaid con una responsabilidad económica del paciente, aceptar pagar el monto mensual de su responsabilidad económica.

IX. Defensoría del Participante

MetroPlus cooperará y no inhibirá al programa de Defensoría del Participante en el ejercicio de sus obligaciones.

La Defensoría del Participante es una organización independiente que provee servicios de defensoría gratuitos a los destinatarios de cuidados a largo plazo en el Estado de Nueva York. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- proveer apoyo previo a la inscripción, como asesoramiento imparcial sobre la elección del plan de salud e información general sobre el programa;
- recopilar reclamos e inquietudes de afiliados sobre la inscripción, el acceso a los servicios y otros asuntos relacionados;
- ayudar a los afiliados a comprender la audiencia justa, los procesos y los derechos de queja y apelación dentro del plan de salud y a nivel estatal y asistirlos durante todo el proceso si lo necesitan/solicitan, incluso presentar solicitudes de registros a planes y proveedores; y
- informar al plan y a los proveedores sobre los recursos y apoyos comunitarios que pueden estar relacionados con los beneficios cubiertos del plan.

Cuando lo solicite, MetroPlus proveerá a la entidad Defensoría del Participante una lista actualizada de los proveedores participantes en plan MLTC de MetroPlus Health Plan.

Actualmente, la Defensoría del Participante es la Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN), una red independiente de organizaciones de defensa del consumidor. ICAN está disponible para responder a las preguntas de los afiliados de cuidados a largo plazo sobre los derechos del afiliado, Medicare, Medicaid y los servicios de cuidados a largo plazo. También puede comunicarse con la ICAN para obtener asesoría gratuita e independiente sobre su cobertura, los reclamos y las opciones de apelación. Pueden ayudarlo a manejar el proceso de apelación. Póngase en contacto con ICAN para obtener más información sobre sus servicios.

Para comunicarse con ICAN:

Teléfono: 1-844-614-8800 (Servicio de retransmisión TTY: 711)

Web: www.icannys.org o correo electrónico: ican@cssny.org

X. Quejas, apelaciones y audiencias justas del participante

MetroPlus Managed Long Term Care hará todo lo posible para abordar los problemas o las inquietudes tan pronto como sea posible y a su satisfacción. Usted puede usar nuestro proceso de quejas o nuestro proceso de apelaciones, en función de qué tipo de problema tenga. También puede solicitar una audiencia justa ante el Estado de Nueva York.

No habrá cambios en sus servicios ni en la manera en la que lo trata el personal del plan MetroPlus Managed Long Term Care o el proveedor de atención médica si usted presenta una queja o una apelación. Además, no actuaremos de manera diferente como para restringir su derecho a una audiencia justa ni influiremos en su decisión de solicitar una audiencia justa. Mantendremos su privacidad. Le daremos la ayuda que necesita para presentar una queja o una apelación. Esto incluye brindarle servicios de un intérprete o ayuda si tiene problemas de la vista y/o auditivos. Puede elegir a alguien (como un pariente, un amigo o un proveedor) que actúe en su nombre.

Para presentar una queja o una apelación, llame al **1-855-355-6582** o escriba a la siguiente dirección:

**MetroPlus Health Plan
Complaints/Grievance Unit
160 Water Street, 3rd Floor
New York, NY 10038**

Cuando se ponga en contacto con nosotros, tendrá que darnos su nombre, dirección, número de teléfono y los detalles del problema.

¿Qué es una queja?

Una queja es una comunicación que usted nos presenta respecto de su insatisfacción sobre la atención y el tratamiento que recibe de nuestro personal o proveedores por los servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien fue descortés con usted o si usted no está conforme con la calidad o el servicio que ha recibido de nosotros, puede presentar una queja.

El proceso de queja

Usted puede presentarnos una queja en forma oral o por escrito. La persona que reciba su queja la registrará y el personal correspondiente del plan supervisará la revisión de la queja. **En un plazo de 15 días hábiles**, le enviaremos una carta informándole que hemos recibido su queja y una descripción del proceso de revisión. Revisaremos su queja y le daremos una respuesta por escrito

en uno de dos plazos:

1. Si una demora aumentaría significativamente el riesgo a su salud, tomaremos una decisión dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de toda la información necesaria, pero en un plazo máximo de 7 días calendario desde la recepción de su queja.

2. Para todos los otros tipos de queja, le notificaremos por escrito de nuestra decisión dentro de los 45 días calendario posteriores a la recepción de toda la información necesaria, pero en un plazo máximo de 60 días calendario desde la recepción de la queja. El plazo de revisión se puede extender hasta 14 días si solicita más tiempo o si necesitamos más información y la demora es beneficiosa para usted.

Nuestra respuesta describirá qué descubrimos cuando revisamos su queja y nuestra decisión respecto de la misma.

¿Cómo apelo la decisión de una queja?

Si no está satisfecho con la decisión que tomamos respecto de su queja, puede solicitar una segunda revisión de su problema presentando una apelación de la queja. Debe presentar la apelación de la queja por escrito. Debe presentarla dentro de los 60 días hábiles posteriores a la recepción de nuestra decisión inicial sobre su queja. Una vez que recibamos la apelación, le enviaremos un acuse de recibo informándole el nombre, el domicilio y el número de teléfono de la persona que hemos designado para responder su apelación. Todas las apelaciones de quejas se llevarán a cabo por profesionales adecuados, incluso profesionales de atención médica para quejas que impliquen cuestiones clínicas, que no participaron en la decisión inicial.

En el caso de las apelaciones estándar, tomaremos una decisión dentro de los 30 días posteriores a la recepción de toda la información necesaria para tomar nuestra decisión. Si una demora para la toma de nuestra decisión aumentaría significativamente el riesgo para su salud, usaremos el proceso acelerado para la apelación de quejas. Para las apelaciones de quejas aceleradas, tomaremos una decisión sobre la apelación dentro de los 2 días hábiles posteriores a la recepción de toda la información necesaria. Tanto para las apelaciones de quejas estándar como aceleradas, le daremos un aviso por escrito sobre nuestra decisión. El aviso incluirá los motivos detallados de nuestra decisión y, en los casos que impliquen asuntos clínicos, la explicación clínica de nuestra decisión.

¿Qué es una acción?

Una “acción” del plan es cuando MetroPlus Health Plan o un subcontratista deniega o limita servicios solicitados por usted o su proveedor; deniega una solicitud de una remisión; decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; restringe, reduce, suspende o finaliza servicios; no provee servicios oportunamente; no actúa dentro de los plazos para la resolución y la notificación de

determinaciones respecto de quejas, apelaciones y apelaciones de quejas, según se establece en la ley aplicable. Una acción está sujeta a apelación (consulte “¿Cómo presento una apelación de una acción?” más abajo para más información).

Plazos del aviso de acción

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

Contenidos del aviso de acción

Cualquier aviso que le enviemos respecto de una acción:

- Explicará la acción que hemos tomado o que tenemos la intención de tomar;
- Citará los motivos de la acción, incluso la razón clínica, si la hubiera;
- Describirá su derecho a presentar una apelación, incluso si tiene el derecho al proceso de apelaciones externas del Estado;
- Describirá cómo presentar una apelación interna y las circunstancias en virtud de las cuales puede solicitar que aceleremos nuestra revisión de su apelación interna;
- Describirá la disponibilidad del criterio de revisión clínica en función del cual se tomó una decisión, si la acción implicaba cuestiones de necesidad médica o si el tratamiento o servicio en cuestión era experimental o de investigación;
- Describirá la información, si corresponde, que usted o su proveedor debe proporcionar para que podamos tomar una decisión respecto de la apelación.

El aviso también le informará sobre su derecho a una audiencia justa del estado:

- Explicará la diferencia entre una apelación y una audiencia justa;
- Le explicará que no tiene que presentar una apelación antes de solicitar una audiencia justa;
- Le explicará cómo solicitar una audiencia justa; y
- Si reducimos, suspendemos o finalizamos un servicio autorizado y usted desea que sus servicios continúen hasta que se decida la apelación, debe solicitar una audiencia justa dentro de los 10 días a partir de la fecha del aviso o de la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción propuesta, la fecha que sea posterior.

¿Cómo presento una apelación de una acción?

Si no está de acuerdo con una acción que hemos tomado, puede apelarla. Cuando presenta una apelación, significa que debemos volver a analizar los motivos de nuestra acción para decidir si hicimos lo correcto. Usted puede presentar una apelación de una acción ante el plan en forma oral o por escrito. Cuando el plan le envía una carta sobre una acción que toma (como denegar o limitar servicios, o no pagar por servicios), usted debe presentar una solicitud de apelación dentro de los 60 días hábiles posteriores a la fecha de nuestra carta en la que se le notifica de la acción o la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción propuesta, la fecha que sea posterior.

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

Puede comunicarse con nosotros llamando al **1-855-355-6582** o por escrito a:

**MetroPlus Health Plan
Managed Long Term Care
160 Water Street, 3rd Floor
New York, NY 10038**

La persona que reciba su apelación la registrará y el personal correspondiente supervisará su revisión. Le enviaremos una carta para informarle que recibimos su apelación y cómo la abordaremos. Su apelación será revisada por personal clínico especializado que no participó en la decisión o la medida inicial del plan que usted está apelando.

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

Si está apelando una restricción, una reducción, una suspensión o la finalización de los servicios que está autorizado a recibir, debe solicitar una audiencia justa para continuar recibiendo estos servicios mientras se resuelve su apelación. Nosotros debemos continuar su servicio si solicita una audiencia justa dentro de los 10 días a partir de la fecha del aviso de restricción, reducción, suspensión o finalización de los servicios o la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción propuesta, si esta es posterior. Para saber cómo solicitar una audiencia justa y obtener ayuda para continuar, consulte la sección Audiencia justa.

Si bien puede solicitar una continuación de los servicios, si la audiencia justa no se resuelve a su favor, podemos exigir que pague los servicios, si estos fueron provistos solamente porque usted solicitó continuar recibéndolos mientras se revisaba su caso.

¿Cuánto tiempo tardará el plan en decidir sobre mi apelación de una acción?

A menos que solicite una revisión acelerada, revisaremos su apelación de la acción tomada por nosotros como si fuera una apelación estándar y le enviaremos una decisión por escrito tan pronto como su afección lo requiera, pero en un plazo máximo de 30 días a partir del día que recibimos la apelación. El plazo de revisión se puede extender hasta 14 días si solicita más tiempo o si necesitamos más información y la demora es beneficiosa para usted. Durante nuestra revisión, tendrá la oportunidad de presentar su caso en persona o por escrito. También podrá ver cualquiera de los registros que son parte de la revisión de la apelación.

Le enviaremos un aviso con la decisión que tomamos sobre su apelación que identificará la decisión tomada y la fecha de la decisión.

Si revertimos nuestra decisión de negarle o limitar los servicios solicitados o de restringir, reducir, suspender o finalizar servicios y estos no fueron provistos mientras su apelación estaba pendiente, le brindaremos los servicios en disputa tan pronto como su afección lo requiera. En algunos casos, puede solicitar una apelación “acelerada” (consulte “Proceso de apelación acelerada” más adelante).

Proceso de apelación acelerada

Si usted o su proveedor cree que esperar una apelación estándar podría causar un problema grave para su salud o su vida, puede solicitar una revisión acelerada de su apelación de las acciones. Le responderemos con nuestra decisión dentro de los 2 días hábiles posteriores a la recepción de toda la información necesaria. En ningún caso el plazo de emisión de nuestra decisión será mayor a 3 días hábiles a partir de que recibamos su apelación. El plazo de revisión se puede extender hasta 14 días si solicita más tiempo o si necesitamos más información y la demora es beneficiosa para usted.

Si no estamos de acuerdo con su solicitud de acelerar su apelación, haremos lo posible para comunicarnos con usted en persona y notificarle que hemos rechazado su solicitud de apelación acelerada y que la resolveremos como una apelación estándar. También le enviaremos un aviso escrito sobre nuestra decisión de rechazar su solicitud de apelación acelerada dentro de los 2 días posteriores a la recepción de su solicitud.

Si MetroPlus rechaza mi apelación, ¿qué puedo hacer?

Si nuestra decisión sobre su apelación no es totalmente a su favor, el aviso que reciba describirá su derecho a solicitar una audiencia justa de Medicaid del Estado de Nueva York y cómo obtener una audiencia justa, quién puede comparecer en la audiencia justa en su nombre y, para algunas

apelaciones, su derecho a solicitar la prestación del servicio mientras la audiencia está pendiente y cómo hacer la solicitud.

Nota: Usted debe solicitar una audiencia justa dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha del aviso de determinación inicial. Este plazo corresponde incluso si usted está esperando que tomemos una decisión sobre su apelación interna.

Si rechazamos su apelación por cuestiones de necesidad médica o porque el servicio en cuestión era experimental o de investigación, el aviso también explicará cómo solicitar al estado de Nueva York una “apelación” externa de nuestra decisión.

Audiencias justas ante el estado

También puede solicitar una audiencia justa ante el Estado de Nueva York. La decisión de la audiencia justa puede anular nuestra decisión original, independientemente de si usted nos solicitó una apelación. Usted debe solicitar una audiencia justa dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha en la que le enviamos el aviso de nuestra decisión original. Puede llevar adelante una apelación del plan y una audiencia justa al mismo tiempo o puede esperar hasta que el plan decida sobre su apelación y luego solicitar una audiencia justa. En cualquiera de los casos, corresponde el mismo plazo de 60 días calendario.

El proceso de audiencia justa ante el estado es el único que permite que sus servicios continúen mientras espera que se decida su caso. Si le enviamos un aviso sobre la restricción, la reducción, la suspensión o la finalización de servicios que está autorizado a recibir y quiere que sus servicios continúen, debe solicitar una audiencia justa. Presentar una apelación externa o interna no garantizará que sus servicios continúen.

Para asegurarse de que sus servicios continúen mientras la apelación está pendiente, por lo general, debe solicitar la audiencia justa Y aclarar que quiere que sus servicios continúen. Algunos formularios pueden hacerlo por usted en forma automática, pero no todos ellos, así que léalos atentamente. En todos los casos, debe hacer su solicitud dentro de los 10 días a partir de la fecha del aviso o a más tardar en la fecha de entrada en vigencia de nuestra acción (la que sea posterior).

Sus beneficios continuarán hasta que retire la apelación, finalice el plazo de autorización original para sus servicios o el funcionario de la audiencia justa ante el estado emita una decisión de la audiencia que no es a su favor (lo que ocurra primero).

Si el funcionario de la audiencia justa ante el estado revierte nuestra decisión, debemos asegurarnos de que usted reciba de inmediato los servicios en disputa y tan pronto como su afección lo requiera. Si usted recibió los servicios en disputa mientras su apelación estaba pendiente, nosotros seremos responsables del pago de los servicios cubiertos ordenados por el funcionario de la audiencia justa.

Si bien usted puede solicitar continuar el servicio mientras espera la decisión de la audiencia justa, si esta no es a su favor, usted puede ser responsable de pagar los servicios objeto de la audiencia justa.

Usted puede presentar una solicitud de audiencia justa comunicándose con la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados:

- Formulario de solicitud en línea: <https://errswebnet.otda.ny.gov/errswebnet/erequestform.aspx>
- Envíe por correo el formulario de solicitud impreso:

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

- Envíe por fax el formulario de solicitud impreso: (518) 473-6735
- Solicitud por teléfono:

Línea para audiencia justa estándar: 1 (800) 342-3334
Línea para audiencia justa de emergencia: 1 (800) 205-0110
Línea TTY: 711 (solicite al operador que llame 1 (877) 502-6155)

- Solicitud en persona:

New York City

14 Boerum Place, 1st Floor

Brooklyn, New York 11201

Albany

40 North Pearl Street, 15th Floor

Albany, New York 12243

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

Apelaciones externas ante el estado

Si rechazamos su apelación porque decidimos que el servicio no es médicamente necesario o es experimental o de investigación, usted puede solicitar al estado de Nueva York una apelación externa. La apelación externa es decidida por revisores que no trabajan para nosotros ni para el estado de Nueva York. Estos revisores son personas calificadas y aprobadas por el estado de Nueva York. Usted no tiene que pagar por la apelación externa.

Cuando decidimos rechazar una apelación por falta de necesidad médica o porque el servicio es

experimental o de investigación, le informaremos cómo presentar una apelación externa, incluido un formulario con el cual presentar la apelación externa junto con nuestra decisión de rechazar la apelación. Si desea que se lleve a cabo una apelación externa, tendrá que presentar el formulario ante el Departamento de Seguros del Estado de Nueva York dentro de los 4 meses a partir de la fecha en que rechazamos su apelación.

Su apelación externa se decidirá en un plazo de 30 días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta 5 días hábiles) si el revisor de la apelación externa solicita más información. A usted y a nosotros se nos informará la decisión definitiva en el término de dos días hábiles a partir de la toma de la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico indica que una demora le causaría daños graves a su salud. Esto se denomina apelación externa acelerada. El revisor de la apelación externa decidirá una apelación acelerada en un plazo de 3 días o menos. El revisor nos comunicará la decisión a usted y a nosotros inmediatamente por teléfono o por fax. Posteriormente, se le enviará una carta que le informa la decisión.

Usted puede pedir una audiencia justa y una apelación externa. Si pide una audiencia justa y una apelación externa, la decisión del funcionario de la audiencia justa será “la que cuente”.

Presentación de reclamos ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York

Si en cualquier momento está insatisfecho con el modo en que MetroPlus lo ha tratado o en que hemos resuelto su queja o apelación, usted puede comunicarse con el Departamento de Salud directamente al:

New York State Department of Health
Bureau of Continuing Care Initiatives
Corning Tower, Room 2084
Empire State Plaza
Albany, NY 12237
Teléfono: 1-866-712-7197

Documentación del plan necesaria para apelar

MetroPlus Managed Long Term Care llevará un archivo de cada apelación (tanto acelerada como estándar) que incluye:

- Una copia del aviso de acción

- La fecha de presentación de la apelación
- Una copia de la apelación
- Solicitudes de participantes/proveedores de apelaciones aceleradas y la decisión del plan
- La fecha en que se recibió la carta de reconocimiento de la apelación del afiliado y una copia de ella (si la hubiera)
- Documentación necesaria para respaldar cualquier prórroga
- La decisión tomada por el plan, incluida la fecha de la decisión
- En caso de decisiones clínicas, las credenciales del personal que revisó la apelación

Información a pedido

La siguiente información puede solicitarse llamando a Servicios al Cliente de MetroPlus Managed Long Term Care al 1-855-355-MLTC (6582).

- Información sobre la estructura y el funcionamiento del plan MetroPlus Managed Long Term Care.
- Lista de nombres, direcciones comerciales y puestos oficiales de los miembros del directorio, funcionarios, controladores, propietarios o socios del plan.
- Copia de los más recientes estados contables anuales del plan, incluidos el balance y un resumen de los recibos y los desembolsos preparados por un contador público certificado.
- Procedimientos para proteger la confidencialidad de los historiales médicos y de los otros afiliados.
- Descripción escrita de la organización y los procedimientos continuos de aseguramiento de calidad y del programa de mejoras.
- Descripción de los procedimientos de MetroPlus Managed Long Term Care para tomar decisiones sobre la naturaleza experimental o de investigación de cada medicamento, dispositivo médico o tratamiento en los estudios clínicos.
- Criterios de revisión clínica escritos y específicos relacionados con una enfermedad o una afección en particular y, cuando corresponda, otra información clínica que el plan pudiera considerar en su proceso de revisión de la utilización.
- Procedimientos para la solicitud escrita y requisitos mínimos de calificación para proveedores de atención médica.

Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor

Como parte de nuestros servicios administrados de cuidados a largo plazo, usted puede ser elegible para el cuidado autodirigido. Los Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor (CDPAS, por sus siglas en inglés) son un programa especializado en el que el participante o una persona en su nombre (conocido como representante designado) autodirige o administra la atención

personal del participante y otros servicios autorizados.

Los participantes de CDPAS tienen mucha más flexibilidad y libertad para elegir sus servicios de asistencia personal, servicios de salud en el hogar y/o servicios de enfermería especializada que son elegibles para recibir. El participante y/o el representante designado son responsables de contratar, capacitar, supervisar y, si fuera necesario, finalizar el empleo de su asistente.

Para saber más sobre CDPAS, incluso su elegibilidad para este programa, comuníquese con su administrador de cuidados.

Toda restricción, reducción, suspensión o finalización de CDPAS autorizados (inclusive el mismo CDPAS) o negación de una solicitud de cambio de CDPAS se considera una determinación adversa que puede ser apelada por el afiliado y para la cual el afiliado puede solicitar una audiencia justa o una apelación externa ante una determinación adversa definitiva.

XI. Glosario

CUIDADO MÉDICO DE DÍA PARA ADULTOS son cuidados y servicios provistos a usted fuera de su hogar, con el cuidado de un médico, si requiere algún servicio médico, pero no está confinado en su hogar. El cuidado médico de día para adultos incluye los siguientes servicios: servicios médicos, de enfermería, de alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de esparcimiento que son un programa planificado de diversas actividades significativas, servicios farmacéuticos odontológicos y otros servicios complementarios. La participación del afiliado en el cuidado médico de día para adultos por un servicio limitado u opción de pago no constituye la necesidad de CBLTCS y la elegibilidad para la inscripción en el plan.

SOLICITANTE es alguien que quiere inscribirse en un plan de cuidado administrado a largo plazo.

CMS son los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid de los EE. UU., antes conocidos como Administración de Financiamiento del Cuidado Médico (HCFA).

PLAN DE CUIDADOS es un registro escrito de sus metas de cuidado médico y el detalle de los servicios que recibe. Se basa en la primera reunión que tiene con su profesional de enfermería cuando se inscribe en el plan y en las conversaciones que tenemos con usted, su familia y/o las personas en que confía. Nosotros controlaremos cómo le funciona el plan y podremos efectuar cambios según su estado de salud.

ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS significa un proceso que ayuda al afiliado a acceder a los servicios cubiertos necesarios según se identifican en el plan de servicios centrado en la persona (PCSP, por sus siglas en inglés). Los servicios de administración de cuidados incluyen remisión, asistencia o coordinación de servicios para el afiliado para recibir servicios médicos, sociales, educativos, psicosociales, financieros necesarios y otros servicios como respaldo del PCPS, independientemente de si los servicios necesarios están incluidos en el Paquete de Beneficios.

CHHA significa agencia de atención médica a domicilio.

SERVICIOS COMUNITARIOS DE CUIDADOS A LARGO PLAZO (CBLTCS, por sus siglas en inglés) significa cuidados médicos y servicios de apoyo que se brindan a personas de todas las edades y limitaciones funcionales o enfermedades crónicas que requieren ayuda con las actividades diarias cotidianas, tales como bañarse, vestirse, cocinar y administrar medicamentos. CBLTCS se compone de servicios tales como servicios médicos a domicilio, servicios privados de enfermería, servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor, programa de cuidado médico de día para adultos, servicios de cuidados personales.

DHHS es el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME, por sus siglas en inglés) incluye suministros médicos y quirúrgicos, prótesis y ortopedia y zapatos ortopédicos, fórmulas enterales y parenterales y baterías para audífonos.

AFILIADO es una persona inscrita en MetroPlus Managed Long Term Care.

QUEJA es un reclamo hecho por usted o un proveedor en su nombre sobre el cuidado y el tratamiento que usted recibe. Esto no incluye un cambio en el alcance, monto o duración de los servicios que recibe. Una queja puede hacerse verbalmente o por escrito.

ATENCIÓN A DOMICILIO incluye servicios provistos a usted en su hogar, los cuales abarcan servicios como enfermería, asistentes para la salud en el hogar, servicios nutricionales, servicios de asistencia social, fisioterapia y patología del habla/lenguaje.

ASISTENTE PARA LA SALUD EN EL HOGAR es alguien que realiza tareas bajo la supervisión de un enfermero registrado o un terapeuta autorizado. También pueden brindar asistencia con la higiene personal, las labores domésticas y otras tareas relacionadas si usted necesita cuidados médicos en el hogar.

HRA es la Administración de Recursos Humanos de la ciudad de Nueva York. Es una agencia del alcalde del gobierno de la ciudad de Nueva York a cargo de la mayor parte de los programas de servicios sociales de la ciudad, tales como asistencia alimentaria y asistencia de alquiler de emergencia.

APOYOS Y SERVICIOS INSTITUCIONALES A LARGO PLAZO (ITLSS, por sus siglas en inglés) significan servicios en centros residenciales de atención médica (hogar de ancianos) según se incluyen en el paquete de beneficios y provistos por el plan cuando son médicamente necesarios.

LDSS es un Departamento de Servicios Sociales local. En la ciudad de Nueva York, el LDSS se llama Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York.

ASIGNACIÓN A LARGO PLAZO (asignación permanente) significa el estado de una persona en un centro residencial de atención médica (RHCF) cuando la entidad designada por el estado determina que el individuo no debe volver a su casa debido a evidencia médica que afirma la necesidad de la persona de asignación a largo plazo (permanente) en un RHCF.

SERVICIOS MÉDICOS SOCIALES cubre la asistencia que puede recibir de un asistente social para ayudarlo a resolver problemas sociales relacionados con permanecer en su casa. Estos servicios estarán incluidos en su plan de cuidados.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA incluyen toda clase de servicios de enfermería provistos a usted según la recomendación de su médico. Esto puede incluir cuidados directos o instrucciones del enfermero a su familia o cuidador sobre cómo ayudarlo con su tratamiento.

CUIDADO PERSONAL provee asistencia que usted necesita con actividades, como la higiene personal, vestirse y alimentarse y tareas de apoyo nutricional y ambiental. El cuidado personal debe

ser médicamente necesario, su médico debe ordenarlos y deben ser provistos por una persona calificada según se establece en su plan de cuidados.

SERVICIOS DE ENFERMERÍA PRIVADA son servicios médicamente necesarios provistos al afiliado en su lugar de residencia permanente o temporaria, por parte de un profesional debidamente autorizado y registrado o de profesionales de enfermería autorizados (RN o LPN, por sus siglas en inglés), de acuerdo con las órdenes del médico. Tales servicios pueden ser continuos y pueden ir más allá del alcance de los cuidados de agencias de atención médica a domicilio (CHHA, por sus siglas en inglés).

PCP significa proveedor de atención primaria y es el médico principal que le brinda cuidados.

APOYOS SOCIALES Y AMBIENTALES son servicios y elementos que dan apoyo a sus necesidades médicas y están incluidos en su plan de cuidados. Estos servicios y elementos incluyen cosas como tareas de mantenimiento del hogar, servicios de asistente/labores domésticas, mejoras en la vivienda y atención de relevo.

CUIDADO SOCIAL DIURNO es un programa estructurado que brinda socialización, supervisión, control y nutrición en un contexto seguro durante cualquier parte del día, pero durante menos de 24 horas. Esto también puede incluir mantenimiento y mejora del cuidado personal para las habilidades de la vida diaria, transporte, ayuda de un cuidador y coordinación y asistencia para casos.

SERVICIOS SOCIALES son programas que brinda el LDSS, la Administración del Seguro Social y otras fuentes que proveen beneficios que incluyen asistencia financiera, asistencia médica, cupones para alimentos u otros programas de apoyo. Los servicios sociales también ofrecen apoyo y abordan problemas en el lugar donde vive y actividades diarias que lo ayudarán a permanecer en la comunidad.

TELESALUD es el uso de la tecnología para brindar servicios de cuidados médicos, los cuales incluyen la evaluación, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, la administración del cuidado y/o la autogestión de un afiliado.

UAS-NY (SISTEMA UNIFORME DE EVALUACIÓN PARA NUEVA YORK) (NFLC) es la herramienta de evaluación integral utilizada por los programas de cuidado administrado a largo plazo del Estado de Nueva York para identificar las necesidades y el nivel de servicios de los participantes. La elegibilidad para MLTC se determina usando esta herramienta. Los participantes deben obtener un puntaje de 5 o más para ser elegibles para el programa.