

METROPLUSHEALTH MANAGED LONG TERM CARE MANUAL DEL MIEMBRO

Revisado en abril de 2023

ÍNDICE

Bienvenido(a) al plan MetroPlusHealth Managed Long Term Care	1
Ayuda de Servicios al Miembro	1
Elegibilidad para inscribirse en el plan MLTC.....	1
Evaluador Independiente De Nueva York - Proceso De Evaluación Inicial	2
Servicios cubiertos por el plan MetroPlusHealth MLTC.....	3
Servicios de administración de cuidados	3
Servicios cubiertos adicionales.....	4
Servicio de emergencia	6
PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE TRANSICIÓN	7
MONEY FOLLOWS THE PERSON (MFP)/OPEN DOORS.....	8
SERVICIOS DE MEDICAID QUE NUESTRO PLAN NO CUBRE	8
SERVICIOS QUE NO CUBREN METROPLUSHEALTH MLTC NI MEDICAID....	9
AUTORIZACIONES DE SERVICIOS Y ACCIONES Y APELACIONES DE ACCIÓN	9
Autorización previa	10
Revisión Concurrente	11
Revisión Retrospectiva	11
Qué es una acción?	12
Cómo presento una apelación de una acción?	13
Proceso de las apelaciones rápidas	15
Audiencias imparciales ante el Estado	15
Apelaciones externas ante el estado	16
QUEJA AND QUEJA APPEALS	17
El proceso de reclamo	18
DESAFILIACIÓN DEL PLAN METROPLUSHEALTH MLTC	19
Desafiliación voluntaria	19
Desafiliación involuntaria	20
COMPENTENCIA CULTURAL O LINGUISTICA.....	21
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO.....	21
Directivas Anticipadas.....	23
Información disponible, previa solicitud	23

Bienvenido(a) AL PLAN METROPLUSHEALTH MANAGED LONG TERM CARE

Bienvenido(a) al plan MetroPlusHealth Managed Long Term Care (MLTC). El plan MLTC está especialmente diseñado para personas que tienen Medicaid y necesitan servicios de salud y Servicios y Apoyos Comunitarios a Largo Plazo (CBLTSS, por sus siglas en inglés), como atención en el hogar y cuidado personal, para permanecer en sus hogares y comunidades el mayor tiempo posible.

Este manual le informa sobre los beneficios adicionales que MetroPlusHealth cubre, puesto que usted está inscrito en el plan. También le informa cómo solicitar un servicio, presentar una queja o desafiliarse de MetroPlusHealth. Utilice este manual como referencia. Contiene información importante sobre MetroPlusHealth y las ventajas de nuestro plan. Usted necesita este manual para saber qué servicios están cubiertos y cómo recibirlos.

AYUDA DE SERVICIOS AL MIEMBRO

Puede llamarnos en cualquier momento, las 24 horas del día, los siete días de la semana al número de Servicios al Miembro que figura abajo.

Servicios al Miembro está disponible para ayudarle:

De lunes a viernes: 8 a.m. – 8 p.m.

Sábados: 9 a.m. – 5 p.m.

Llame al **1-855-355-MLTC (6582)** (TTY: 711)

Si necesita ayuda en otros momentos, llámenos al **1-800-442-2560**.

Servicios al Miembro cuenta con servicios de interpretación de idioma gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés. Las personas con dificultades auditivas o del habla deben llamar al 711.

ELEGIBILIDAD PARA INSCRIBIRSE EN EL PLAN MLTC

El plan MLTC es para personas que tienen Medicaid. Usted es elegible para unirse al plan MLTC si:

- 1) Tiene 21 años o más
- 2) Reside en el área de servicio del plan, que es Brooklyn, el Bronx, Manhattan, Queens y Staten Island
- 3) Tiene Medicaid
- 4) Es capaz, en el momento de la inscripción, de regresar o permanecer en su hogar y comunidad sin poner en peligro su salud y seguridad, **y**
- 5) Se espera que requiera, como mínimo, uno de los siguientes Servicios y Apoyos Comunitarios de Atención a Largo Plazo (CBLTSS) cubiertos por el plan MLTC durante un período continuo de más de 120 días desde la fecha de inscripción:
 - a. Servicios de enfermería en el hogar
 - b. Terapias en el hogar
 - c. Servicios de asistencia médica domiciliaria
 - d. Servicios de cuidado personal en el hogar

- e. Atención médica diurna para adultos
- f. Servicio privado de enfermería, o
- g. Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor

La cobertura que se explica en este manual entra en vigor en la fecha de su inscripción en el plan MetroPlusHealth MLTC. La inscripción en el plan MLTC es voluntaria.

EVALUADOR INDEPENDIENTE DE NUEVA YORK - PROCESO DE EVALUACIÓN INICIAL

En vigor desde el 16 de mayo de 2022, el Centro de Inscripción y Evaluación sin Conflictos (CFEEC, por sus siglas en inglés) se conoce como el Evaluador Independiente de Nueva York (NYIA, por sus siglas en inglés). El NYIA administrará el proceso de evaluación inicial. El NYIA comenzará con las evaluaciones iniciales aceleradas en una fecha posterior. El proceso de evaluación inicial requiere contestar lo siguiente:

- ***Evaluación de Salud Comunitaria (CHA)***: La CHA (siglas en inglés de Community Health Assessment) se usa para determinar si usted necesita cuidado personal o servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (PCS/CDPAS) y si es elegible para inscribirse en un plan Managed Long Term Care.
- ***Cita clínica y orden del profesional (PO)***: La PO (siglas en inglés de Practitioner Order) documenta su cita clínica e indica:
 - que usted necesita ayuda con sus actividades cotidianas, **y**
 - que su estado de salud es estable, de modo que puede recibir PCS o CDPAS en su domicilio.

El NYIA programará tanto la CHA como la cita clínica. La CHA será contestada por un enfermero registrado capacitado. Después de la CHA, un profesional clínico del NYIA hará una cita clínica y una PO unos días después.

MetroPlusHealth usará los resultados de la CHA y la PO para determinar qué tipo de ayuda necesita usted y para elaborar su plan de atención. Si su plan de atención propone PCS o CDPAS durante más de 12 horas al día en promedio, será necesario que el Panel de Revisión Independiente (IRP, por sus siglas en inglés) del NYIA haga una revisión por separado. El IRP es un panel de profesionales médicos que revisarán su CHA, PO, plan de atención y otros documentos médicos. Si se necesita más información, un miembro del panel puede examinarlo o conversar con usted sobre sus necesidades. El IRP hará una recomendación a MetroPlusHealth acerca de si el plan de atención satisface sus necesidades.

Una vez que el NYIA complete los pasos de la evaluación inicial y determine que usted es elegible para el Managed Long Term Care de Medicaid, entonces usted elige en qué plan Managed Long Term Care desea inscribirse.

Una vez que esté inscrito en el plan MLTC, su gerente de enfermería de MetroPlusHealth comenzará a desarrollar su plan de atención individual. 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 trabajar con MetroPlusHealth, 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 MetroPlusHealth MLTC, 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 vigor de la inscripción indicando sus deseos en forma oral o por escrito; nosotros confirmaremos el retiro por escrito.

La evaluación inicial de MetroPlusHealth 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.

Tarjeta de identificación de miembro del plan

Dentro de los 14 días a partir de la fecha de entrada en vigor de la inscripción, recibirá su tarjeta de identificación (ID) de MetroPlusHealth MLTC. Verifique que toda la información de la tarjeta sea correcta. Lleve su tarjeta de identificación con usted en todo momento junto con su tarjeta de Medicaid. En caso de pérdida o robo de la tarjeta, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-855-355-MLTC (6582) (TTY: 711).

SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PLAN METROPLUSHEALTH MLTC

Servicios de administración de cuidados

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

Su administrador de cuidados y otras personas de su equipo de administración de cuidados trabajarán con usted, su familia y su proveedor de atención primaria (PCP) o con otras personas que usted elija para que lo representen.

Los miembros del equipo de cuidados están a su disposición para ayudarlo con cualquier problema. Están para ayudarle a decidir cuáles son los servicios más importantes para ayudarle a que permanezca en su hogar. El equipo de administración de cuidados desarrollará un Plan de Servicios Centrados en la Persona (Person-Centered Service Plan, PCSP), junto con usted o con cualquier persona que usted asigne para que hable en su nombre y con su médico, con el fin de satisfacer sus

necesidades de atención médica. El PCSP incluirá sus metas, objetivos y necesidades especiales. El plan cambiará a medida que sus necesidades y su condición cambien y será reevaluado al menos cada seis (6) meses. El equipo de administración de cuidados monitoreará este plan para garantizar que satisfaga sus necesidades de manera continua.

Para controlar sus necesidades, es importante que su equipo de administración de cuidados hable con usted y que usted se comunique con el equipo. Ellos tienen que saber lo que usted necesita. Asegúrese de tener preparada una lista de temas para conversar cuando hable con los miembros de su equipo de administración de cuidados.

El objetivo de que el equipo de administración de cuidados trabaje estrechamente con usted, su familia, sus amigos y sus médicos es garantizar que se satisfagan sus necesidades, que se identifiquen los problemas y se aborden de manera temprana, que usted esté seguro en su hogar, y que nosotros evitemos hospitalizaciones innecesarias.

Para obtener ayuda 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 el miembro del personal de MetroPlusHealth MLTC de guardia. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Servicios cubiertos adicionales

Debido a que usted tiene Medicaid y califica para MLTC, nuestro plan coordinará y pagará los servicios sociales y de salud adicionales que se describen a continuación. Puede recibir estos servicios siempre y cuando sean médicalemente necesarios; es decir, si son necesarios para prevenir o tratar su enfermedad o discapacidad. Su administrador de cuidados identificará los servicios y proveedores que usted necesita. En algunos casos, es posible que necesite una remisión o una orden de su médico para recibir estos servicios. Usted debe obtener estos servicios de los proveedores de la red. Si no puede encontrar un proveedor en nuestro plan, su administrador de cuidados coordinará cualquier servicio que requiera que no esté cubierto por MetroPlusHealth Managed Long Term Care. Su administrador de cuidados trabajará con su médico y otros proveedores que participen en su atención para facilitarle el proceso.

- **Rehabilitación como paciente ambulatorio:** Puede acceder a este beneficio a través de MetroPlusHealth MLTC.
- **Cuidado personal** (como asistencia para bañarse, comer, vestirse, ir al baño y caminar): Puede acceder a este beneficio a través de MetroPlusHealth MLTC.
- **Servicios de atención médica a domicilio que no están cubiertos por Medicare**, entre ellos, enfermería, asistente para la salud en el hogar, terapia

ocupacional y del habla y fisioterapia: Puede acceder a este beneficio a través de MetroPlusHealth MLTC.

- **Nutrición:** Puede acceder a este beneficio a través de MetroPlusHealth MLTC.
- **Servicios sociales médicos:** Puede acceder a este beneficio a través de MetroPlusHealth MLTC.
- **Comidas a domicilio y/o comidas en un entorno grupal, como un centro de cuidado diurno:** Se requiere autorización previa. Su administrador de cuidados lo ayudará a obtener las autorizaciones previas.
- **Cuidado social diurno:** Se requiere autorización previa. Su administrador de cuidados lo ayudará a obtener las autorizaciones previas.
- **Transporte en casos que no son de emergencia:** Se requiere autorización previa. Su administrador de cuidados lo ayudará a obtener las autorizaciones previas.
- **Servicios de enfermería privada:** Puede acceder a este beneficio a través de MetroPlusHealth MLTC.
- **Servicios odontológicos:** Se requiere autorización previa para dentaduras postizas y otros dispositivos. Su administrador de cuidados lo ayudará a obtener las autorizaciones previas.
- **Apoyos sociales/ambientales** (como tareas domésticas, modificaciones en la vivienda o relevo): Se requiere autorización previa. Su administrador de cuidados lo ayudará a obtener las autorizaciones previas.
- **Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales:** Se requiere autorización previa. Su administrador de cuidados lo ayudará a obtener las autorizaciones previas.
- **Atención médica diurna para adultos:** Se requiere autorización previa. Su administrador de cuidados lo ayudará a obtener las autorizaciones previas.
- **Atención en un hogar de reposo no cubierta por Medicare (*solo se proporciona si es elegible para Medicaid institucional*):** Puede acceder a este beneficio a través de MetroPlusHealth MLTC.
- **Audiología:** Puede acceder a este beneficio a través de MetroPlusHealth MLTC.
- **Equipos médicos duraderos (DME):** Se requiere autorización previa. Su administrador de cuidados lo ayudará a obtener las autorizaciones previas.

- **Suministros médicos:** Se requiere autorización previa. Su administrador de cuidados lo ayudará a obtener las autorizaciones previas.
- **Prótesis y ortopedia:** Se requiere autorización previa. Su administrador de cuidados lo ayudará a obtener las autorizaciones previas.
- **Optometría:** Se requiere autorización previa. Su administrador de cuidados lo ayudará a obtener las autorizaciones previas.
- **Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor:** Puede acceder a este beneficio a través de MetroPlusHealth MLTC.
- **Podología:** Se requiere autorización previa. Su administrador de cuidados lo ayudará a obtener las autorizaciones previas.
- **Terapia respiratoria:** Se requiere autorización previa. Su administrador de cuidados lo ayudará a obtener las autorizaciones previas.

Limitaciones

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 tragiar alimentos y deben obtener la nutrición a través de una fórmula por medio de un tubo; **y**
2. personas con trastornos metabólicos congénitos raros que requieren fórmulas médicas específicas para proporcionar nutrientes esenciales no disponibles por ningún 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.

La atención en un hogar de reposo está cubierta para las personas que se consideran en asignación permanente durante al menos tres meses. Después de ese tiempo, su atención en el hogar de reposo puede estar cubierta a través de Medicaid regular y será desafiliado de MetroPlusHealth MLTC.

Cómo recibir atención fuera del área de servicio

Debe informar a su administrador de cuidados cuando viaje fuera de su área de cobertura. Si necesita servicios fuera de su área de cobertura, debe comunicarse con su administrador de cuidados para que lo ayude a coordinar los servicios.

Servicio de emergencia

Un servicio de emergencia significa la aparición repentina de una condición que representa una amenaza grave para su salud. Para las emergencias médicas, llame al

911. Como se mencionó anteriormente, no se requiere una autorización previa para los servicios de emergencia. Sin embargo, debe notificar a MetroPlusHealth MLTC en un plazo de 24 horas de la emergencia. Es posible que necesite servicios de atención a largo plazo que solo pueden brindarse a través de MetroPlusHealth MLTC.

Si es hospitalizado, un familiar u otro cuidador debe comunicarse con MetroPlusHealth MLTC dentro de las 24 horas posteriores al ingreso. Su administrador de cuidados suspenderá sus servicios de atención domiciliaria y cancelará las otras citas, según sea necesario. Asegúrese de notificarle a su médico de atención primaria o al planificador del alta hospitalaria que se contacte con MetroPlusHealth MLTC para que podamos trabajar con ellos para planificar su atención una vez que le den el alta del hospital.

PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE TRANSICIÓN

Los miembros nuevos de MetroPlusHealth MLTC pueden continuar un tratamiento continuo durante un período de transición de hasta 60 días desde la inscripción con un proveedor de atención médica fuera de la red si el proveedor acepta el pago a la tarifa del plan, si cumple con la garantía de calidad y con otras políticas de MetroPlusHealth MLTC, y si proporciona información médica sobre la atención al plan.

Si su proveedor abandona la red, se puede seguir con un tratamiento continuo durante un período de transición de hasta 90 días si el proveedor acepta el pago a la tarifa del plan, si cumple con la garantía de calidad del plan y con otras políticas, y si proporciona información médica sobre la atención al plan.

MONEY FOLLOWS THE PERSON (MFP)/OPEN DOORS

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

Es posible que califique para MFP/Open Doors si usted:

- Ha vivido en un hogar de reposo durante tres meses o más
- Tiene necesidades de salud que pueden satisfacerse a través de servicios en la comunidad

MFP/Open Doors tiene personas, llamadas colegas y especialistas en transición, que pueden reunirse con usted en su hogar de reposo y hablar sobre su regreso a la comunidad. Los colegas y especialistas en transición son diferentes a los administradores de cuidado y los planificadores del alta. Pueden ayudarlo de la siguiente manera:

- Dándole información sobre los servicios y apoyos en la comunidad
- Buscando servicios que se ofrecen en la comunidad para ayudarlo a ser independiente
- Visitándolo o llamándolo después de la mudanza para asegurarse de que tiene lo que necesita en el hogar

Para obtener más información sobre MFP/Open Doors, o para programar una visita de un colega o especialista en transición, 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 en ilny.org.

SERVICIOS DE MEDICAID QUE NUESTRO PLAN NO CUBRE

Hay algunos servicios de Medicaid que MetroPlusHealth MLTC no cubre, pero es posible que estén cubiertos por Medicaid regular. Usted puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid usando su tarjeta de beneficios de Medicaid. Llame a Servicios al Miembro al 1-855-355-MLTC (6582) si tiene una pregunta sobre si un beneficio tiene cobertura de MetroPlusHealth MLTC o Medicaid. Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid usando su tarjeta de beneficios de Medicaid incluyen:

Farmacia

La mayoría de los medicamentos recetados y de venta libre, así como también las recetas compuestas, están cubiertas por Medicaid regular o la Parte D de Medicare si tiene Medicare.

Ciertos servicios de salud mental, entre ellos:

- Tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica
- Tratamiento diurno

- Administración de casos para personas con enfermedades mentales graves y persistentes (patrocinado por unidades de salud mental estatales o locales)
- Atención hospitalaria parcial no cubierta por Medicare
- Servicios de rehabilitación para las personas con un tratamiento basado en un hogar comunitario o en la familia
- Tratamiento diurno continuo
- Tratamiento comunitario assertivo
- Servicios personalizados orientados a la recuperación

Ciertos servicios para el retraso mental y del desarrollo, entre ellos:

- Tratamientos a largo plazo
- Tratamiento diurno
- Coordinación de Servicios de Medicaid
- Servicios recibidos en virtud de un programa de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad

Otros servicios de Medicaid, entre ellos:

- Tratamiento con metadona
- Terapia de control directo para la TB (tuberculosis)
- Administración de casos COBRA para el VIH
- Planificación familiar
- Ciertos medicamentos para mejorar la ovulación que sean médicalemente necesarios, cuando se cumplan ciertos criterios.

SERVICIOS QUE NO CUBREN METROPLUSHEALTH MLTC NI MEDICAID

Usted debe pagar los servicios que no están cubiertos por MetroPlusHealth MLTC ni por Medicaid si su proveedor le informa por adelantado que estos servicios no están cubiertos Y usted acepta pagar por ellos. Ejemplos de servicios que no están cubiertos por MetroPlusHealth MLTC ni Medicaid son los siguientes:

- Cirugía cosmética si no es médicalemente necesaria
- Artículos personales y de bienestar
- Servicios de un proveedor que no forma parte del plan (a menos que MetroPlusHealth MLTC lo remita a ese proveedor)

Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro al 1-855-355-MLTC (6582).

AUTORIZACIONES DE SERVICIOS Y ACCIONES Y APELACIONES DE ACCIÓN

Cuando solicita la aprobación de un tratamiento o servicio, se denomina **solicitud de autorización de servicio**. Para obtener la aprobación para estos tratamientos o servicios, llame a su administrador de cuidados o a Servicios al Miembro al **1-855-355-MLTC (6582)** o al **711 (TTY)**.

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

Por fax:

212-908-5282

Por correo:

**MetroPlusHealth
50 Water Street
New York, New York 10004
Attention: Prior Authorization**

Autorizaremos los servicios por una cantidad determinada y por un período de tiempo específico. Esto se conoce como **período de autorización**.

Autorización previa

Algunos servicios cubiertos requieren **autorización previa** (aprobación por adelantado) de MetroPlusHealth MLTC antes de recibirlos o para continuar recibiéndolos. Usted o alguien de su confianza pueden solicitarla. Se debe obtener la aprobación de los siguientes tratamientos y servicios antes de recibirlos:

- 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
- Terapia del habla
- 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
- Asignación en un hogar de reposo
- Apoyos ambientales, entre ellos:
 - Limpieza pesada del hogar

- Exterminación / control de plagas
- Brazaletes para el Regreso Seguro a Casa
- Dispositivos de seguridad personal

Revisión concurrente

También puede solicitar a MetroPlusHealth MLTC recibir más de un servicio que recibe actualmente. Esto se denomina **revisión concurrente**.

Revisión retrospectiva

A veces, realizaremos una revisión de la atención que recibe para verificar si aún la necesita. También revisaremos otros tratamientos y servicios que ya recibió. Esto se denomina **revisión retrospectiva**. Le informaremos si haremos estas revisiones.

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

El plan tiene un equipo de revisión para asegurarse de que usted reciba los servicios que prometemos. El equipo de revisión está formado por médicos y enfermeros. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que usted solicitó sea médicaamente necesario y adecuado para usted. Para hacerlo, verifican el plan de tratamiento con los estándares médicos aceptados.

Podemos decidir denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada. Profesionales de atención médica calificados tomarán estas decisiones. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicaamente necesario, la decisión la tomará un revisor clínico que puede ser un médico, un enfermero u otro profesional de atención médica que generalmente provee la atención que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica**, que se utilizan para tomar la decisión de las acciones relacionadas con la necesidad médica.

Después de que recibimos su solicitud, la revisaremos a través del proceso **estándar** o **rápido**. Usted o su médico pueden solicitar una revisión *rápida* si se cree que una demora puede provocar daños graves a su salud. Le informaremos si se deniega su solicitud para la revisión *rápida*, y su solicitud se revisará mediante el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan pronto como su afección médica nos lo requiera, pero nunca excederemos los plazos que se indican abajo.

Plazos para las solicitudes de autorización previa

- **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 que recibamos su solicitud. Le informaremos el día 14 si necesitamos más información.
- **Revisión rápida:** Tomaremos una decisión y se la informaremos en un plazo de 72 horas. Le informaremos dentro de las 72 horas si necesitamos más información.

Plazos para solicitudes de revisión concurrente

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión dentro de 1 día hábil a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero le responderemos, como máximo, 14 días después de que recibamos su solicitud.
- **Revisión rápida:** Tomaremos una decisión dentro de 1 día hábil a partir de que tengamos toda la información necesaria. Le responderemos en un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud. Le informaremos dentro de 1 día hábil si necesitamos más información.

Si necesitamos más información para tomar una decisión rápida 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 después le enviaremos un aviso por escrito.
- 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) (TTY: 711) o por escrito.

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

Si respondemos que Sí de forma parcial o total a su solicitud, autorizaremos el servicio o le daremos el artículo que solicitó.

Si respondemos que NO de forma parcial o total a su solicitud, le enviaremos un aviso por escrito que explica el motivo de la denegación. Consulte **¿Cómo presento una apelación de una acción?**, que explica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

¿Qué es una acción?

Cuando MetroPlusHealth MLTC deniega o limita servicios solicitados por usted o su proveedor; deniega una solicitud de derivación; decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; restringe, reduce, suspende o finaliza servicios que ya había autorizado; deniega el pago de servicios; no provee servicios oportunamente, o no hace determinaciones sobre quejas y apelaciones dentro de los plazos requeridos,

todas estas se consideran "acciones" del plan. Una acción está sujeta a apelaciones. (Encuentre más información en *¿Cómo presento una apelación de una acción?* más adelante).

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, incluyendo la justificación clínica, si la hubiera;
- Describirá su derecho a presentar una apelación ante nosotros (incluyendo la información de si tiene también 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; **y**
- Describirá la información, si la hay, 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 apelación o una audiencia imparcial del estado:

- Explicará la diferencia entre una apelación y una audiencia imparcial;
- Le explicará que debe presentar una apelación antes de solicitar una audiencia imparcial; **y**
- Le explicará cómo solicitar una apelación.

Si vamos a reducir, suspender o finalizar un servicio autorizado, el aviso también le explicará su derecho a que los servicios continúen mientras tomamos una decisión sobre su apelación. Para que sus servicios continúen, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días a partir de la fecha del aviso o de la fecha de entrada en vigor 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 del aviso. Si reducimos, suspendemos o finalizamos un servicio autorizado y usted desea que sus servicios continúen hasta que se decida la apelación, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días a partir de la fecha del aviso o de la fecha de entrada en vigor 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-MLTC (6582) o (TTY: 711) o por escrito a: Appeals Coordinator, 50 Water St., New York, NY 10004. La persona que reciba su apelación la registrará y el personal correspondiente supervisará su revisión. Le enviaremos un aviso 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 en la acción inicial del plan que usted está apelando.

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

Si está apelando una restricción, reducción, suspensión o la finalización de los servicios que está autorizado a recibir, debe solicitar una apelación ante el plan para continuar recibiendo estos servicios mientras se resuelve su apelación. Nosotros debemos continuar su servicio si solicita una apelación al plan 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 vigor prevista de la acción propuesta, si esta es posterior. Para saber cómo solicitar una apelación ante el plan y obtener ayuda para continuar, consulte la sección ***¿Cómo presento una apelación de una acción?*** más arriba.

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

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

A menos que la apelación sea rápida, revisaremos su apelación de la acción que tomamos con los plazos de la apelación estándar. 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 usted solicita una prórroga 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 le enviaremos sus 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 “rápida”. (Vea más adelante la sección **Proceso de las apelaciones rápidas**).

Proceso de las apelaciones rápidas

Siempre aceleraremos nuestra revisión si la apelación es una solicitud para recibir más de un servicio que ya está recibiendo. 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 *rápida* de su apelación de la acción. 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 72 horas a partir de que recibamos su apelación. (El plazo de revisión se puede extender hasta 14 días si usted solicita una prórroga 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 *rápida* y que la resolveremos como una apelación estándar. También le enviaremos un aviso escrito sobre nuestra decisión de rechazar su solicitud de apelación *rápida* dentro de los 2 días posteriores a la recepción de su solicitud.

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

Si nuestra decisión sobre su apelación no es totalmente a su favor, el aviso que reciba describirá su derecho a solicitar una audiencia imparcial ante Medicaid del Estado de Nueva York y cómo obtener una audiencia imparcial, quién puede comparecer en la audiencia imparcial a su favor y, para algunas apelaciones, su derecho a solicitar la prestación de servicios mientras la audiencia está pendiente y cómo hacer la solicitud.

Nota: Usted debe solicitar una audiencia imparcial dentro de un plazo de 120 días calendario contados a partir de la fecha del Aviso de determinación adversa definitiva. 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 imparciales ante el Estado

Si denegamos su apelación ante el plan o no le brindamos el aviso de Determinación adversa definitiva dentro de los plazos establecidos en la sección **¿Cuánto tiempo tardará el plan en decidir sobre mi apelación de una acción?** que aparece más arriba, puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado de Nueva York. La decisión de la audiencia imparcial puede anular nuestra decisión. Usted debe solicitar una audiencia imparcial dentro de un plazo de 120 días calendario posteriores a la fecha del aviso de Determinación adversa definitiva. Si reducimos, suspendemos o finalizamos un servicio autorizado y usted desea asegurarse de que sus servicios continúen hasta que se decida la audiencia imparcial, debe solicitar una audiencia imparcial dentro de los 10 días a partir de la fecha del aviso de Determinación adversa definitiva.

Sus beneficios continuarán hasta que retire la audiencia imparcial o hasta que el funcionario estatal encargado de la audiencia imparcial emita una decisión que no sea a favor de usted, lo que ocurra primero.

Si el funcionario de la audiencia imparcial 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 encargado de la audiencia imparcial.

Si bien usted puede solicitar continuar los servicios mientras espera la decisión de su audiencia imparcial, si esta no se decide a su favor, usted puede ser responsable de pagar los servicios que fueron el objeto de la audiencia imparcial.

Usted puede presentar una solicitud de audiencia imparcial comunicándose con la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacidad (OTDA, por sus siglas en inglés):

- Formulario de solicitud en línea: otda.ny.gov/hearings/request
- Envíe por correo un 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 que el operador llame al 1 (877) 502-6155)
- Solicitud en persona:

Ciudad de Nueva York
14 Boerum Pl., 1.^o piso
Brooklyn, New York 11201
Albany
40 North Pearl St., piso 15
Albany, New York 12243

Para más información sobre cómo solicitar una audiencia imparcial, visite: otda.ny.gov/hearings/request.

Apelaciones externas ante el estado

Si rechazamos su apelación porque decidimos que el servicio no es médicalemente 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 decidamos rechazar una apelación por falta de necesidad médica o porque el servicio es experimental o de investigación, le informaremos cómo presentar una apelación externa, e incluiremos 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 Servicios Financieros del Estado de Nueva York dentro de un plazo de cuatro meses contados 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 conoce como apelación externa rápida. El revisor de la apelación externa decidirá una apelación rápida en un plazo de 72 horas o menos. El revisor 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 solicitar una audiencia imparcial y una apelación externa. Si solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión del funcionario de la audiencia imparcial será "la que cuenta".

QUEJAS Y APELACIONES DE QUEJAS

MetroPlusHealth MLTC hará todo lo posible para resolver sus problemas o inquietudes tan pronto como sea posible y a su satisfacción. Puede usar nuestro proceso de quejas o nuestro proceso de apelaciones, en función de qué tipo de problema tenga. No habrá cambios en sus servicios ni en la manera en la que lo trata el personal de MetroPlusHealth MLTC o el proveedor de atención médica si usted presenta una queja o una apelación. Mantendremos su privacidad. Le daremos toda 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) para que actúe en su nombre.

Para presentar una queja, llame al: 1-855-355-MLTC (6582) (TTY: 711) o escriba a: MetroPlusHealth, 50 Water St., New York, NY 10004, Attn: Complaints Manager. 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 cualquier comunicación que usted nos presenta respecto de su insatisfacción con la atención y el tratamiento que recibe de nuestro personal o de los proveedores de servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien fue descortés con usted, no

se presentó, o si usted no está conforme con la calidad de la atención o con los servicios que ha recibido de nosotros, puede presentar una queja.

El proceso de queja

Puede presentarnos una queja en forma oral o por escrito. La persona que reciba su queja lo registrará y el personal correspondiente del plan supervisará la revisión de la queja. Le enviaremos una carta informándole que hemos recibido su queja y describirá nuestro proceso de revisión. Revisaremos su queja y le daremos una respuesta por escrito en uno de dos plazos.

1. Si una demora aumentara significativamente el riesgo a su salud, tomaremos una decisión dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de toda la información necesaria, pero el proceso debe completarse en los 7 días siguientes a la recepción de la queja.
2. Para todos los otros tipos de quejas, le notificaremos por escrito de nuestra decisión dentro de un plazo de 45 días contados a partir de la recepción de toda la información necesaria, pero el proceso debe completarse en los 60 días siguientes a 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 lo que observamos al revisar su queja y nuestra decisión respecto de esta.

¿Cómo apelo una decisión referente a 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 oralmente o 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 dentro de los 15 días hábiles 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 serán atendidas por profesionales adecuados, incluyendo a profesionales de atención médica para quejas que impliquen cuestiones clínicas, que no participaron en la decisión inicial de la queja.

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

Defensoría del Participante

La Defensoría del Participante, llamada Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN), es una organización independiente que provee servicios de defensoría gratuitos a los destinatarios de cuidados a largo plazo en el Estado de Nueva York. También puede obtener asesoría gratuita e independiente sobre su cobertura, las quejas y las opciones de apelación. Pueden ayudarlo a manejar el proceso de apelación. También pueden brindarle apoyo antes de que se inscriba en un plan MLTC como el plan MetroPlusHealth MLTC. Este apoyo incluye asesoramiento imparcial sobre la elección del plan de salud e información general relacionada con el plan. Póngase en contacto con ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

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

DESAFILIACIÓN DEL PLAN METROPLUSHEALTH MLTC

No será desafiliado del plan MLTC por cualquiera de los siguientes motivos:

- gran uso de los servicios médicos cubiertos
- una condición existente o un cambio en su salud
- capacidad mental disminuida o comportamiento no cooperativo o disruptivo como resultado de sus necesidades especiales, a menos que el comportamiento haga que usted no sea elegible para el plan MLTC.

Desafiliación voluntaria

Puede solicitar dejar MetroPlusHealth MLTC en cualquier momento y por cualquier motivo.

Para solicitar la desafiliación, llame al 1-855-355-MLTC (6582) (TTY: 711), o escríbanos. El plan le proveerá la confirmación escrita de su solicitud. Incluiremos un formulario de desafiliación voluntaria que debe firmar y enviárnoslo. El procesamiento de la solicitud puede demorar hasta seis semanas, dependiendo de cuándo se reciba. Puede desafiliarse para tener Medicaid regular o inscribirse en otro plan de salud siempre y cuando califique. Si continúa requiriendo CBLTSS, como cuidado personal, debe unirse a otro plan MLTC o a un plan Medicaid Managed Care o a un Programa de Exención Basado en el Hogar y la Comunidad para recibir los servicios de CBLTSS.

Transferencias

Puede probar nuestro plan durante 90 días. Puede dejar MetroPlusHealth MLTC y transferirse e inscribirse en otro plan de salud en cualquier momento durante ese plazo. Si usted no deja el plan en los primeros 90 días, debe permanecer en MetroPlusHealth MLTC durante nueve meses, a menos que tenga un buen motivo (causa justificada).

- Se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Usted, el plan y el Departamento de Servicios Sociales de su condado o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York están de acuerdo en que dejar MetroPlusHealth MLTC es lo mejor para usted.

- Su actual proveedor de cuidados en el hogar no trabaja con nuestro plan.
- No hemos podido proveerle servicios a usted, tal como estamos obligados en virtud de nuestro contrato con el Estado.

Si califica, puede cambiarse a otro tipo de plan de atención administrada a largo plazo, como Medicaid Advantage Plus (MAP) o los Programas de Cuidados Integrales para Personas de Avanzada Edad (PACE, por sus siglas en inglés) en cualquier momento sin una causa justificada.

Para cambiar de plan: Llame a New York Medicaid Choice al 1-888-401-6582. Los asesores de New York Medicaid Choice pueden ayudarlo a cambiar de plan:

Podría demorar entre dos y seis semanas que se active su inscripción en un plan nuevo. Recibirá un aviso de New York Medicaid Choice informándole la fecha en que será inscrito en su nuevo plan. MetroPlusHealth MLTC le proveerá la atención que usted necesita hasta entonces.

Llame a New York Medicaid Choice si necesita una acción acelerada porque el tiempo que demora transferirse a otro plan es perjudicial para su salud. También puede solicitar una acción rápida si le informó a New York Medicaid Choice que no está de acuerdo con la inscripción en MetroPlusHealth MLTC.

Desafiliación involuntaria

Una desafiliación involuntaria es una desafiliación iniciada por MetroPlusHealth MLTC. Si no solicita una desafiliación voluntaria, debemos iniciar una desafiliación involuntaria dentro de los cinco (5) días hábiles desde la fecha en que tomamos conocimiento de alguno de los motivos de la desafiliación involuntaria.

Usted deberá abandonar MetroPlusHealth MLTC si:

- Ya no es elegible para Medicaid.
- Ya no reside permanentemente en el área de servicio de MetroPlusHealth MLTC.
- Está fuera del área de servicio del plan durante más de 30 días consecutivos.
- Necesita cuidados en un hogar de reposo, pero no es elegible para Medicaid institucional.
- Es hospitalizado o ingresa a un programa residencial de la Oficina de Salud Mental, la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo o la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más.
- Es evaluado y se determina que ya no tiene una necesidad funcional o clínica de CBLTSS mensualmente.
- Solo tiene Medicaid y ya no cumple con el nivel de atención de un hogar de reposo según lo determinado mediante la herramienta de evaluación designada.
- Recibe Cuidado Social Diurno como su único servicio.
- Ya no requiere ni recibe al menos un CBLTSS en cada mes calendario.

- En el momento de cualquier reevaluación mientras vive en la comunidad, se determina que usted ya no demuestra una necesidad funcional o clínica de los servicios de CBLTSS.
- Está en la cárcel.
- Proporciona al plan información falsa, engaña o participa en conductas fraudulentas con respecto a cualquier aspecto sustancial de su membresía en el plan.

Podemos pedirle que abandone MetroPlusHealth MLTC si usted:

- o un familiar o el cuidador informal u otra persona en el hogar tiene una conducta o comportamiento que afecte gravemente la capacidad del plan para brindar servicios.
- no paga o no hace los arreglos necesarios para pagar el monto de dinero, según lo determinado por el Departamento Local de Servicios Sociales, adeudado al plan en concepto de reducción/excedente, dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento de dicho monto. Habremos hecho un esfuerzo razonable para cobrar.

Antes de ser desafiliado involuntariamente, MetroPlusHealth MLTC obtendrá la aprobación de New York Medicaid Choice (NYMC) o de la entidad designada por el estado. La fecha efectiva de la desafiliación será el primer día del mes siguiente al mes en el que ya no es elegible para la inscripción. Si continúa necesitando CBLTSS, se le pedirá que elija otro plan o se lo asignará automáticamente (autoasignación) a otro plan.

COMPETENCIA CULTURAL O LINGÜÍSTICA

MetroPlusHealth MLTC honra sus creencias y es sensible a la diversidad cultural. Respetamos su cultura e identidad cultural y trabajamos para eliminar las diferencias culturales. Tenemos una red de proveedores inclusiva y culturalmente competente, y promovemos y garantizamos la prestación de servicios de una manera culturalmente apropiada para todos los miembros. Esto incluye, entre otros, aquellos con habilidades limitadas en inglés, diversos orígenes culturales y étnicos y diversas comunidades religiosas.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO

MetroPlusHealth MLTC hará todo lo posible para garantizar que todos los miembros sean tratados con dignidad y respeto. Al momento de la inscripción, su administrador de cuidados le explicará sus derechos y responsabilidades. Si necesita servicios de interpretación, su administrador de cuidados se encargará de ellos. El personal hará todo lo posible para ayudarlo a ejercer sus derechos.

Derechos del miembro

- Tiene derecho a recibir la atención médica necesaria.
- Tiene derecho al acceso oportuno a la atención y los servicios.

- Tiene derecho a la privacidad sobre su historial médico y cuando recibe tratamiento.
- Tiene derecho a obtener información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles y a que estas se presenten de una manera y en un idioma que comprenda.
- Tiene derecho a obtener información en un idioma que comprenda; puede obtener servicios de traducción oral sin cargo.
- Tiene derecho a obtener la información necesaria para dar su consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.
- Tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- Tiene derecho a obtener una copia de sus historiales médicos y a solicitar que estos se modifiquen o corrijan.
- Tiene derecho a participar en las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Tiene derecho a estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento que se utilice como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tiene derecho a recibir atención sin distinción de sexo, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión.
- Tiene derecho a que le informen 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 de Servicios Sociales local.
- Tiene derecho a utilizar el Sistema de Audiencias Imparciales del estado de Nueva York o una apelación externa del estado de Nueva York, cuando corresponda.
- Tiene derecho a designar a una persona para que hable por usted sobre su atención y tratamiento.
- Tiene derecho a solicitar la asistencia del programa de Defensoría del Participante.

Responsabilidades del miembro

- Recibir servicios cubiertos a través de MetroPlusHealth MLTC.
- Usar proveedores de la red de MetroPlusHealth MLTC para los servicios cubiertos en la medida en que estos estén disponibles.
- Obtener una autorización previa para los servicios cubiertos, excepto para los servicios cubiertos aprobados previamente o en caso de emergencia.
- Ser atendido por su médico, si ocurre un cambio en su estado de salud.
- Compartir información de salud completa y precisa con sus proveedores de atención médica.
- Informar al personal de MetroPlusHealth MLTC sobre cualquier cambio en su salud e informar si no comprende o no puede seguir las instrucciones.
- Seguir el plan de atención recomendado por el personal de MetroPlusHealth MLTC (con su opinión).

- Cooperar y ser respetuoso con el personal de MetroPlusHealth MLTC y no discriminar al personal de MetroPlusHealth MLTC por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, edad, capacidad mental o física, orientación sexual o estado civil.
- Notificar a MetroPlusHealth MLTC dentro de los dos días hábiles posteriores a la recepción de servicios no cubiertos o no aprobados previamente.
- Notificar a su equipo de atención médica de MetroPlusHealth MLTC con anticipación siempre que no esté en casa para recibir servicios o atención que se haya coordinado para usted.
- Informar a MetroPlusHealth MLTC antes de mudarse permanentemente fuera del área de servicio o de cualquier ausencia prolongada del área de servicio.
- Sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de su cuidador.
- Cumplir con las obligaciones financieras.

Directivas anticipadas

Las directivas anticipadas son documentos legales que garantizan que se cumplan sus solicitudes en caso de que no pueda tomar decisiones por sí mismo. Las directivas anticipadas pueden hacerse mediante un poder para decisiones de atención médica, un testamento vital o una orden de no resucitar. Estos documentos pueden indicar qué atención desea recibir en determinadas circunstancias y/o pueden autorizar a un familiar o amigo a tomar decisiones en su nombre.

Tiene derecho a hacer las directivas anticipadas que desee. Es muy importante que documente cómo le gustaría que continúe su atención si ya no puede comunicarse con los proveedores de manera informada debido a una enfermedad o lesión.

Comuníquese con su administrador de cuidados a fin de obtener ayuda para completar estos documentos. Si ya tiene una directiva anticipada, comparta una copia con su administrador de cuidados.

Información disponible, previa solicitud

- Información sobre la estructura y el funcionamiento de MetroPlusHealth MLTC.
- Criterios de revisión clínica específicos relacionados con una condición de salud particular y otra información que MetroPlusHealth MLTC considera al autorizar servicios.
- Políticas y procedimientos sobre información médica protegida.
- Descripción escrita de los acuerdos organizacionales y los procedimientos en curso del programa de control de calidad y mejora del desempeño.
- Políticas de acreditación de proveedores.
- Una copia reciente del estado financiero certificado de MetroPlusHealth MLTC, y las políticas y procedimientos que utiliza MetroPlusHealth MLTC para determinar la elegibilidad de un proveedor.