

MEMBER HANDBOOK

METROPLUS
ULTRACARE
(HMO-DSNP)



BIENVENIDO(A) A METROPLUS ULTRACARE (HMO D-SNP) PROGRAMA MEDICAID ADVANTAGE PLUS

Le damos la bienvenida al Programa Medicaid Advantage Plus (MAP) de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP). El Programa MLTC está diseñado para personas que tienen Medicare y Medicaid y necesitan servicios de salud y Servicios y Apoyos a Largo Plazo Basados en la Comunidad (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 cubre MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) dado que usted está inscrito en el Programa MAP de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP). También le informa cómo solicitar un servicio, presentar una queja o cancelar su afiliación al Programa MAP de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP). Los beneficios descritos en este manual son adicionales a los beneficios de Medicare descritos en la *evidencia de cobertura* de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP). Guarde este manual con la *evidencia de cobertura* de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP). Necesitará ambos documentos para conocer los servicios cubiertos y cómo obtenerlos.

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:
24 horas al día, 7 días a la semana
Llame al 866.986.0356 (TTY: 711)

Para recibir este material en otros formatos, o para pedir servicios de traducción a su idioma, llame a la Línea de Ayuda de Servicios al Miembro 24/7.

ELEGIBILIDAD PARA INSCRIBIRSE EN EL PROGRAMA MAP

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

- 1) Tiene **18** años o más;
- 2) Reside en el área de servicio del plan, que es el Bronx, Brooklyn, Manhattan, Queens y Staten Island;
- 3) Tiene Medicaid;
- 4) Tiene constancia de cobertura de la Parte A y B de Medicare;
- 5) Es elegible para el nivel de atención de un hogar de reposo (al momento de la inscripción) usando la Evaluación de Salud Comunitaria (CHA, por sus siglas en inglés);

- 6) 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;
- 7) Se espera que requiera, como mínimo, uno de los siguientes Servicios y Apoyos a Largo Plazo Basados en la Comunidad (CBLTCS, por sus siglas en inglés), cubiertos por el plan Medicaid Advantage Plus, durante más de 120 días desde la fecha de entrada en vigor de la 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; **y**
- 8) Debe inscribirse en el Plan MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) Medicare Advantage Dual Special Needs.

Debe elegir uno de los médicos del plan, para que sea su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Si en el futuro decide cambiar su plan Medicare, también tendrá que dejar el MAP de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP).

La cobertura que se explica en este manual entra en vigor en la fecha de entrada en vigor de su inscripción en el programa MAP de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP). La inscripción en el programa MAP es voluntaria.

Programa de Evaluador Independiente de Nueva York (NYIAP) – Proceso de evaluación inicial

El NYIAP hará una evaluación especial en el caso de las personas que hayan expresado interés en inscribirse en un plan Managed Long Term Care. El proceso de evaluación inicial requiere contestar lo siguiente:

- ***Evaluación de Salud Comunitaria (CHA):*** La CHA (siglas en inglés de la evaluación de salud comunitaria) 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 MLTC.
- ***Cita clínica y orden del profesional (PO):*** La orden del profesional (PO, por sus siglas en inglés) 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 NYIAP 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 NYIAP hará una cita clínica y una PO unos días después.

MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 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 NYIAP 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 necesarios. Si se necesita más información, un miembro del panel puede solicitar examinarlo o conversar con usted sobre sus necesidades. El IRP hará una recomendación a MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) acerca de si el plan de atención satisface sus necesidades.

Una vez que el NYIAP complete los pasos de la evaluación inicial y determine que usted es elegible para el plan Managed Long Term Care de Medicaid, usted podrá elegir en qué plan MLTC desea inscribirse. Dado que también está inscrito en Medicare para este mismo plan, usted ha decidido combinar sus beneficios e inscribirse en MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP).

¿Cómo me inscribo?

Inscribirse en UltraCare (HMO D-SNP) es fácil. Nuestro personal puede ayudarlo en cada paso del camino, tal como se establece a continuación.

Usted, su familia/cuidador u otra persona que le ayuda a recibir los servicios médicos puede llamar a UltraCare (HMO D-SNP) por teléfono. Nuestro personal está disponible durante el horario de atención habitual, de 8 a.m. a 8 p.m. para hablar con usted sobre el programa Medicare + Medicaid/MAP y comenzar con el proceso. Solo llámenos y díganos que está interesado en obtener más información sobre el programa. Llame al 866.986.0356 (TTY: 711).

Un representante de UltraCare (HMO D-SNP) hablará con usted y le explicará el programa y los beneficios. El representante determinará si usted es elegible para Medicare (si tiene las Partes A y B), reúne los requisitos de edad del plan, reside en nuestra área de servicio, tiene o está interesado en los beneficios de Medicaid o necesita servicios y apoyos a largo plazo durante más de 120 días consecutivos.

Si usted está interesado en inscribirse, nuestro personal lo contactará con un representante de ventas autorizado quién le explicará los beneficios de UltraCare por teléfono o programará una cita en su hogar. Durante la cita, el representante de ventas le proveerá información detallada sobre el paquete de beneficios de UltraCare, la red de proveedores, los beneficios de farmacia de la Parte D, y responderá cualquier pregunta que tenga.

Cuando esté de acuerdo en inscribirse, el representante de ventas lo ayudará a completar la solicitud de inscripción de Medicare.

La inscripción en UltraCare (HMO D-SNP) es voluntaria. Si desea inscribirse (o inscribir a alguien) puede llamar a UltraCare (HMO D-SNP). La Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de NY o el Departamento de Servicios Sociales local debe revisar y aprobar su elegibilidad

para Medicaid.

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 Programa del Evaluador Independiente de Nueva York (NYIAP, por sus siglas en inglés). El NYIAP administrará el proceso de evaluación inicial. El NYIAP empezará a incluir solicitudes aceleradas cuando se necesite una respuesta rápida. El proceso de evaluación inicial requiere contestar lo siguiente:

- ***Evaluación de Salud Comunitaria (CHA):*** La CHA (siglas en inglés de la evaluación de salud comunitaria) 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 MLTC.
- ***Cita clínica y orden del profesional (PO):*** La orden del profesional (PO, por sus siglas en inglés) 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 NYIAP 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 NYIAP hará una cita clínica y una PO unos días después.

UltraCare (HMO D-SNP) 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 NYIAP 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 UltraCare (HMO D-SNP) acerca de si el plan de atención satisface sus necesidades.

Una vez que el NYIAP complete los pasos de la evaluación inicial y determine que usted es elegible para el plan Managed Long Term Care de Medicaid, y de que usted haya aceptado el plan de atención elaborado para usted, podrá elegir en qué plan Managed Long Term Care desea inscribirse.

Una vez que New York Medicaid Choice (NYMC) y MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) han determinado que usted es elegible para inscribirse, su solicitud de Medicare se presentará a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS). Si los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) confirman su inscripción en MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP), la solicitud y el correspondiente acuerdo de inscripción del MAP se presentará a NYMC. Todas las solicitudes de inscripción deben firmarse, a más tardar, el día 15 del mes para que la solicitud sea revisada y presentada a NYMC antes del mediodía del 20 del mes para garantizar una fecha de entrada en vigor el primer día del mes siguiente. Si se recibe su

solicitud de inscripción después del día 20 del mes, la inscripción entrará en vigor el primer día del segundo mes. En el momento de la inscripción, se le informará la fecha efectiva de entrada en vigor. Si cambia la fecha de entrada en vigor, MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) le informará la fecha de entrada en vigor modificada. Los miembros de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) recibirán una **carta de confirmación de inscripción** que establecerá la fecha de entrada en vigor.

Recibirá su tarjeta de identificación de miembro de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de entrada en vigor de su inscripción después de que su solicitud sea verificada y aprobada por CMS. Si recibimos y procesamos su solicitud de inscripción después del día 20 del mes, es posible que no reciba su tarjeta de identificación antes de la fecha de entrada en vigor. Puede usar su carta de confirmación de inscripción como prueba de cobertura si tiene una cita con el médico o si necesita medicamentos recetados y no tiene su tarjeta de identificación. También puede llamar a la Línea de Ayuda de Servicios al Miembro 24/7 de MetroPlus UltraCare (D-SNP) al 866.986.0356 (TTY: 711) y verificaremos su elegibilidad con su proveedor.

Si los CMS rechazan la solicitud de inscripción, después de que se haya presentado la inscripción a NYMC, MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) lo notificará a NYMC dentro de los cinco (5) días posteriores a la recepción del rechazo y usted recibirá una carta de denegación de la inscripción.

Cancelación o retiro de la solicitud

Si decide que no desea inscribirse en MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP), puede retirar su solicitud de inscripción antes de la fecha de entrada en vigor. En ese caso, debemos recibir su solicitud verbal o escrita antes del día 20 del mes anterior a la fecha de entrada en vigor. UltraCare notificará a NYMC de su retiro y le enviaremos por correo un aviso de confirmación de la cancelación.

Si necesita servicios de atención a largo plazo, es posible que deba contactarse con New York Medicaid Choice al 888.401.6582, o TTY: 888.329.1541.

Tarjeta de identificación de miembro del plan

Recibirá su tarjeta de identificación de miembro de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) dentro de los 14 días calendario posteriores a la fecha de entrada en vigor de su inscripción. 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 866.986.0356 (TTY: 711).

SERVICIOS CUBIERTOS POR EL Programa MAP de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)

Deducibles y copagos de los servicios cubiertos por Medicare

Muchos de los servicios que recibe, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, las visitas médicas, los servicios de emergencia y las

pruebas de laboratorio, están cubiertos por Medicare y se describen en la *evidencia de cobertura* de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP). El capítulo 3 de la *evidencia de cobertura* de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) explica las reglas para acudir a los proveedores del plan y obtener atención en una situación de emergencia médica o atención de urgencia. Algunos servicios tienen deducibles y copagos. Estos montos se muestran en la tabla de beneficios del capítulo 4 de la *evidencia de cobertura* de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP), en la columna que dice “Monto que debe pagar cuando reciba estos servicios cubiertos”. Dado que se inscribió en MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP), y tiene Medicaid, MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) pagará esos montos. Usted no tiene que pagar estos deducibles y copagos, excepto los que se aplican a algunos artículos de farmacia.

Si hay una prima mensual por los beneficios (consulte el capítulo 1 de la *evidencia de cobertura* de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)), no tendrá que pagar esa prima, ya que tiene Medicaid. También cubriremos muchos servicios que no están cubiertos por Medicare, pero que están cubiertos por Medicaid. Las secciones siguientes explican qué está cubierto.

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. Usted, su representante designado o su proveedor pueden obtener solicitudes de servicios cubiertos nuevos o adicionales a través de su administrador de cuidados. Las solicitudes pueden hacerse verbalmente o por escrito. Si nos llama, use nuestra Línea de Ayuda de Servicios al Miembro 24/7 al 866.986.0356 (TTY: 711) y un representante lo ayudará.

Servicios cubiertos adicionales

Debido a que usted tiene Medicaid y califica para el programa MAP, 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 médicamente necesarios. 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 que formen parte de la red de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP). Si no puede encontrar un proveedor en nuestro Plan, le daremos la atención que necesita de un proveedor fuera de la red. Antes de que pueda consultar al especialista fuera de la red, su PCP debe solicitar una autorización previa. Para obtener la autorización previa, su PCP debe suministrarnos cierta información. Una vez que tengamos toda la información que necesitamos, tomaremos una decisión dentro de los 14 días calendario a partir de la fecha de su solicitud respecto de la posibilidad de que consulte a un especialista fuera de la red.

Usted o su médico pueden pedir una revisión rápida si su PCP considera que una demora puede provocar daños graves a su salud. En tal caso, tomaremos una decisión y le responderemos en el

término de 72 horas. Puede contactarse con nuestra Línea de Ayuda de Servicios al Miembro 24/7 para obtener más información sobre su solicitud.

Los siguientes servicios están cubiertos por MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP):

Servicio(s)	¿Qué recibo?	Normas de cobertura
Rehabilitación como paciente ambulatorio	La fisioterapia son los servicios de rehabilitación provistos por un fisioterapeuta registrado y con licencia para la reducción máxima de la discapacidad física o mental y la restauración del miembro a su mejor nivel funcional. La terapia ocupacional son los servicios de rehabilitación provistos por un terapeuta ocupacional registrado y con licencia para la reducción máxima de la discapacidad física o mental y la restauración del miembro a su mejor nivel funcional. La terapia del habla y el lenguaje hace referencia a los servicios de rehabilitación para la reducción máxima de la discapacidad física o mental y la restauración del miembro a su mejor nivel funcional.	Es posible que las terapias de rehabilitación también estén cubiertas por Medicare. Debe recibir los servicios de un proveedor de la red de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP). Debe obtener una autorización previa del Plan para más de 10 visitas al año. Su médico deberá proporcionar órdenes escritas firmadas al terapeuta de rehabilitación. UltraCare ayudará a su proveedor de rehabilitación a obtener las órdenes del médico, de ser necesario.
Cuidado personal (como asistencia para bañarse, comer, vestirse, ir al baño y caminar)	El cuidado personal es una asistencia parcial o total con actividades, tales como la higiene personal, ir al baño, tareas domésticas, vestirse, alimentarse y tareas funcionales de apoyo nutricional y ambiental.	Debe recibir los servicios de cuidado personal de la red de proveedores de MetroPlus UltraCare (D-SNP) y debe obtener una autorización previa del Plan. Su médico deberá proporcionar órdenes escritas firmadas a la agencia que provee el cuidado personal. MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) ayudará a su proveedor de cuidado personal a obtener las órdenes del médico, de ser necesario.
Servicios de atención médica a domicilio que no están cubiertos por Medicare,	Los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicaid incluyen	Es posible que estos servicios también estén cubiertos por Medicare. Tendrá que usar un

Servicio(s)	¿Qué recibo?	Normas de cobertura
entre ellos, enfermería, asistente para la salud en el hogar, terapia ocupacional y del habla y fisioterapia	servicios especializados no cubiertos por Medicare (por ejemplo, terapeuta físico para supervisar el programa de mantenimiento para pacientes que han alcanzado su máximo potencial de restauración o un enfermero para llenar previamente las jeringas para personas discapacitadas con diabetes) y/o servicios de asistente de salud a domicilio como lo requiere un plan de atención aprobado.	proveedor de la red y obtener una autorización previa del plan. Su médico deberá proporcionar órdenes escritas firmadas al proveedor de atención médica a domicilio.
Nutrición	Los servicios de nutrición incluyen la evaluación de las necesidades nutricionales y de los patrones alimenticios, o la planificación para proveer los alimentos y las bebidas apropiados para las necesidades físicas y médicas del individuo y las condiciones ambientales, o la provisión de educación y asesoramiento nutricional para satisfacer las necesidades normales y terapéuticas.	Es posible que estos artículos estén cubiertos por Medicare. Debe recibir los servicios de un proveedor de la red de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP). Debe obtener una autorización previa del Plan. Su médico deberá proporcionar órdenes escritas firmadas al proveedor. UltraCare ayudará a su proveedor a obtener las órdenes del médico, de ser necesario.
Servicios sociales médicos	Los servicios sociales médicos incluyen la evaluación de la necesidad de organizar y proporcionar ayuda para los problemas sociales relacionados con el mantenimiento de un paciente en el hogar donde tales servicios son realizados por un trabajador social calificado y proveídos dentro de un plan de cuidados.	Debe obtener los servicios sociales médicos de la red de proveedores de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) y debe obtener una autorización previa del Plan.

Servicio(s)	¿Qué recibo?	Normas de cobertura
Comidas a domicilio o comidas en un entorno grupal, como un centro de cuidado diurno	Las comidas de entrega a domicilio en un entorno grupal son comidas proporcionadas en el hogar o en entornos colectivos, como centros para personas mayores que no pueden preparar comidas ni hacer que se las preparen.	Debe recibir estas comidas de la red de proveedores de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) y debe obtener la autorización previa del plan.
Cuidado social diurno	El cuidado social diurno es un programa estructurado que provee a las personas con una discapacidad funcional socialización, supervisión y control, y nutrición en un entorno seguro durante cualquier parte del día, pero durante menos de 24 horas. Los servicios adicionales pueden incluir el mantenimiento del cuidado personal y mejora de las habilidades de la vida diaria, transporte, ayuda de un cuidador, y asistencia y coordinación del caso.	Debe obtener el cuidado social diurno de la red de proveedores de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) y debe obtener una autorización previa del Plan.
Transporte en casos que no son de emergencia	El transporte que no es de emergencia es el transporte en ambulancia, ambulette, taxi, transporte para silla de ruedas o transporte público al nivel adecuado para la condición del miembro para obtener la atención y los servicios médicos necesarios reembolsados por los programas de Medicaid o Medicare.	Es posible que estos servicios también estén cubiertos por Medicare. Debe obtener el transporte que no es de emergencia de la red de proveedores de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) y debe obtener una autorización previa del Plan.
Servicios de enfermería privada	Proporciona asistente de cuidados en el hogar, cuidado de compañía y servicios de trabajo doméstico, y puede	Los servicios están cubiertos cuando el médico tratante determina que son médicamente necesarios. Los

Servicio(s)	¿Qué recibo?	Normas de cobertura
	<p>incluir servicios de enfermería en su hogar o lugar de residencia.</p>	<p>servicios de enfermería pueden ser intermitentes, a tiempo parcial o continuos. Debe obtener una autorización previa del Plan. Los servicios deben proveerse de acuerdo con el plan de tratamiento escrito del médico que lo ordena, un asistente médico registrado o un enfermero profesional certificado. Los servicios deben ser provistos por una persona que posea una licencia y un registro actual del Departamento de Educación del Estado de NY para ejercer como profesional de enfermería registrado o profesional de enfermería práctico con licencia.</p>
Servicios odontológicos	<p>Los servicios odontológicos cubiertos por Medicaid incluyen la atención odontológica preventiva, profiláctica médicamente necesaria y otra atención odontológica, servicios, suministros, exámenes de rutina, profilaxis (es decir, tratamiento con fluoruro), cirugía bucal (cuando no esté cubierta por Medicare) y prótesis dentales y aparatos ortopédicos necesarios para aliviar una afección médica grave.</p>	<p>Los servicios odontológicos se deben recibir a través de la red odontológica DentaQuest y es posible que se requiera una autorización previa.</p>
Apoyos sociales/ambientales (como tareas domésticas, modificaciones en la vivienda o relevo)	<p>Apoyos sociales y ambientales son servicios y elementos que dan apoyo a las necesidades médicas del miembro y están incluidos en el plan de cuidados del miembro. Estos</p>	<p>Debe recibir los apoyos sociales y ambientales de la red de proveedores de UltraCare y debe obtener una autorización previa del Plan.</p>

Servicio(s)	¿Qué recibo?	Normas de cobertura
	servicios y artículos incluyen, entre otros: tareas de mantenimiento del hogar, servicios de cuidado/tareas domésticas, mejoras en la vivienda y atención de relevo.	
Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales (PERS, por sus siglas en inglés)	El PERS es un dispositivo electrónico que permite que ciertos pacientes de alto riesgo pidan ayuda en caso de que ocurra una emergencia física, emocional o ambiental. En el caso de una emergencia, se recibe la señal y un centro de respuesta actúa acorde.	Debe recibir el PERS de la red de proveedores de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) y debe obtener una autorización previa del Plan.
Atención médica diurna para adultos	El cuidado médico diurno para adultos provee cuidados y servicios en un centro de cuidado médico residencial o en un lugar de cuidado aprobado. Los centros de cuidado médico diurno para adultos están bajo la dirección médica de un médico y están diseñados para personas con discapacidades funcionales, pero que no están confinadas en su hogar. El cuidado médico diurno para adultos incluye los siguientes servicios: médicos, de enfermería, de alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación y odontología, farmacéutica, y otros servicios auxiliares, así como actividades recreativas que son un programa planificado de diversas actividades significativas.	Para ser elegible, debe requerir ciertos artículos o servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación o paliativos. Debe obtener el cuidado médico diurno para adultos de la red de proveedores de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) y debe obtener una autorización previa del Plan. Su médico deberá proporcionar órdenes escritas firmadas al proveedor de cuidado médico diurno para adultos de la red que seleccione. MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) ayudará a su proveedor de cuidado médico diurno para adultos de la red a obtener las órdenes del médico, de ser necesario.
Atención en un hogar de	La atención en un hogar de	Es posible que estos servicios

Servicio(s)	¿Qué recibo?	Normas de cobertura
reposo no cubierta por Medicare (solo se proporciona si es elegible para Medicaid institucional)	reposo es provista a los miembros en un centro autorizado.	también estén cubiertos por Medicare. Su médico deberá acudir al hogar de reposo. MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) ayudará a su proveedor a obtener las órdenes del médico, de ser necesario. La asignación permanente puede estar cubierta solo si es elegible para Medicaid institucional. Debe utilizar un proveedor/centro de la red y obtener una autorización previa del Plan.
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados superado el límite de Medicare de 190 días de reserva de por vida	Usted tiene cobertura por días ilimitados de hospitalización de salud mental, según sea médicamente necesario, más allá del límite de 190 días de reserva de por vida de Medicare.	Debe utilizar un proveedor/centro de la red y obtener una autorización previa del Plan.
Audiología (servicios de audición)	Servicios y productos de audición cubiertos por Medicaid cuando son médicamente necesarios para aliviar la discapacidad causada por la pérdida o el deterioro de la audición. Los servicios incluyen la selección, adaptación y entrega de audífonos; revisiones de audífonos después de la entrega, evaluaciones de conformidad y reparaciones de audífonos; servicios de audición, incluso exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos y recetas de audífonos; y productos para audífonos, incluso audífonos,	Es posible que estos servicios también estén cubiertos por Medicare. Debe obtener los servicios de audición y de audición de la red de proveedores de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) y debe obtener una autorización previa del Plan.

Servicio(s)	¿Qué recibo?	Normas de cobertura
	moldes auriculares, accesorios especiales y repuestos.	
Equipo médico duradero (DME)	<p>El equipo médico duradero está compuesto por dispositivos y equipos, distintos de los aparatos y dispositivos protésicos u ortopédicos, que han sido recetados por un médico para el tratamiento de una afección médica específica y que tienen las siguientes características: pueden soportar el uso repetido durante un período prolongado; se usan principal y habitualmente para propósitos médicos; generalmente no son útiles si no hay una enfermedad o lesión; y generalmente no se ajustan, diseñan o fabrican para el uso de una persona específica. Cuando el equipo esté destinado a ser utilizado por un solo paciente, puede ser personalizado o hecho a la medida.</p>	<p>Es posible que estos artículos estén cubiertos por Medicare.</p> <p>Debe recibir el DME de un proveedor de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) y debe obtener una autorización previa del Plan. Su médico deberá proporcionar órdenes escritas firmadas al proveedor de DME de la red. MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) ayudará a su proveedor de DME a obtener las órdenes del médico, de ser necesario.</p>
Suministros médicos	<p>Los suministros médicos/quirúrgicos son artículos para uso médico que no sean medicamentos, aparatos y dispositivos ortopédicos y protésicos y equipos médicos duraderos o calzado ortopédico, que tratan una afección médica específica, que generalmente son consumibles, no reutilizables, desechables, para un propósito específico y</p>	<p>Debe obtener los suministros médicos quirúrgicos y los suministros para alimentación enteral y parenteral, nutricionales y médicos de la red de proveedores de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP), y debe obtener una autorización previa del Plan. Su médico deberá proporcionar órdenes escritas firmadas al proveedor que lo atiende. MetroPlus UltraCare</p>

Servicio(s)	¿Qué recibo?	Normas de cobertura
	generalmente no tienen valor recuperable.	(HMO D-SNP) ayudará a su proveedor a obtener las órdenes del médico, de ser necesario.
Prótesis y ortopedia	Los aparatos y dispositivos protésicos son aparatos y dispositivos que reemplazan cualquier parte faltante del cuerpo. Los aparatos y dispositivos ortóticos son aparatos y dispositivos que se utilizan para sostener un miembro del cuerpo débil o deformado o para restringir o eliminar el movimiento en una parte del cuerpo que está enferma o lesionada. El calzado ortopédico, incluye zapatos, modificaciones de zapatos o adiciones a zapatos que se utilizan para corregir, acomodar o prevenir una deformidad física o el mal funcionamiento de la amplitud del movimiento en una parte del tobillo o pie que está enferma o lesionada. Los zapatos ortopédicos también se utilizan para soportar una estructura debilitada o deformada del tobillo o pie, o para formar una parte integral de un soporte.	Es posible que estos artículos estén cubiertos por Medicare. Usted debe recibir las prótesis, las órtesis y el calzado ortopédico de un proveedor de la red de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP). Debe obtener una autorización previa del Plan. Su médico deberá proporcionar órdenes escritas firmadas al proveedor que le provee estos servicios. MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) ayudará a su proveedor a obtener las órdenes del médico, de ser necesario.
Optometría (servicios oftalmológicos)	Los servicios oftalmológicos cubiertos por Medicaid incluyen servicios de optometristas, oftalmólogos y dispensadores oftálmicos, incluidos anteojos, lentes de contacto medicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales	Es posible que estos servicios también estén cubiertos por Medicare. Debe obtener los servicios oftalmológicos de la red de proveedores de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) y debe obtener una autorización previa del Plan.

Servicio(s)	¿Qué recibo?	Normas de cobertura
	<p>(en existencia o hechos a medida), y ayudas y servicios para baja visión. La cobertura también incluye la reparación o el reemplazo de partes. La cobertura además incluye exámenes para el diagnóstico y tratamiento de defectos visuales y/o enfermedades de la vista.</p> <p>Los exámenes para refracción están limitados a cada dos (2) años, a menos que de otra manera se justifique como médicamente necesario. Los anteojos no requieren cambio con mayor frecuencia que cada dos (2) años, a menos que sea médicamente necesario o que los anteojos se pierdan, dañen o destruyan.</p>	
<p>Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor (CDPAS)</p>	<p>Un afiliado que necesita servicios de cuidado personal, servicios de asistente de la salud en el hogar o tareas de enfermería especializada puede recibir dichos servicios de un asistente personal dirigido por el consumidor bajo la instrucción, supervisión y dirección del afiliado o del representante designado del afiliado.</p>	<p>Debe coordinar sus servicios CDPAS con un intermediario fiscal que trabaje con MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP). Debe obtener una autorización previa del Plan.</p>

Servicios cubiertos de salud conductual (salud mental y adicción)

Atención ambulatoria de salud mental para adultos

- **Tratamiento diurno continuo (CDT, por sus siglas en inglés)** Brinda a adultos con enfermedades mentales graves las habilidades y los apoyos necesarios para permanecer en la comunidad y ser más independientes. Puede asistir varios días a la semana, con visitas de más de una hora.

- **Hospitalización parcial (PH, por sus siglas en inglés):** Un programa que brinda tratamiento de salud mental diseñado para estabilizar o ayudar con los síntomas agudos de una persona que puede necesitar hospitalización.

Atención ambulatoria de salud mental de rehabilitación para adultos

- **Tratamiento Asertivo en la Comunidad (ACT, por sus siglas en inglés):** El ACT es un enfoque en equipo que ofrece tratamiento, apoyo y servicios de rehabilitación. Muchos servicios son provistos en la comunidad o en el lugar donde vive por el personal de ACT. El ACT es para personas a las que se les ha diagnosticado una enfermedad mental grave o problemas emocionales.
- **Tratamiento y servicios de rehabilitación de salud mental como paciente ambulatorio (MHOTRS, por sus siglas en inglés):** Un programa que brinda tratamiento, evaluación y control de síntomas. Los servicios pueden incluir terapias individuales y grupales en una clínica de su comunidad.
- **Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS, por sus siglas en inglés):** Programa completo orientado a la recuperación si tiene una enfermedad mental grave y continua. El objetivo del programa es combinar tratamiento, apoyo y terapia para ayudar a la recuperación.

Servicios ambulatorios de rehabilitación de salud mental y adicciones para miembros adultos que cumplen requisitos clínicos. Estos también se denominan CORE.

Servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad (CORE):

Programa de recuperación centrado en la persona, con apoyos móviles de salud conductual para ayudar a desarrollar habilidades y promover la participación comunitaria y la independencia. Los servicios CORE están disponibles para miembros que han sido identificados por el estado como que cumplen los criterios de riesgo de salud conductual de alta necesidad. Cualquiera puede remitir a otra persona o remitirse a sí mismo a los Servicios CORE.

- **Rehabilitación psicosocial (PSR, por sus siglas en inglés):** Este servicio ayuda con las habilidades para la vida, como formar vínculos sociales; encontrar o conservar un trabajo; iniciar o regresar a la escuela; y usar recursos de la comunidad.
- **Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario (CPST, por sus siglas en inglés):** Este servicio le ayuda a controlar sus síntomas mediante asesoramiento y tratamiento clínico.
- **Apoyo y capacitación familiar (FST, por sus siglas en inglés):** Este servicio les proporciona a sus familiares y amigos la información y las habilidades que necesitan para ayudarlo y apoyarlo.
- **Servicios de empoderamiento – Apoyos de personas en situación similar:** Este servicio lo conecta con especialistas en situación similar, que han pasado por el proceso de recuperación. Recibirá apoyo y asistencia para aprender a:
 - vivir con problemas de salud y ser independiente,
 - ayudarlo a tomar decisiones sobre su propia recuperación, y

- encontrar recursos y apoyos naturales.

Servicios en caso de crisis de salud mental para adultos

- **Programa integral de emergencias psiquiátricas (CPEP, por sus siglas en inglés):** Programa hospitalario que brinda apoyos en caso de crisis y camas para observación prolongada (hasta 72 horas) para personas que necesitan servicios de salud mental de emergencia.
- **Servicios móviles y telefónicos en caso de crisis:** Un servicio dentro de la comunidad que responde a las personas que tienen una crisis de salud mental o de adicción.
- **Programas residenciales en caso de crisis:** Una residencia a corto plazo que brinda servicios las 24 horas del día, hasta 28 días, para personas que tienen síntomas de salud mental o desafíos de la vida diaria que empeoran los síntomas. Los servicios pueden ayudar a evitar una estadía hospitalaria y respaldar el regreso a la comunidad.

Servicios ambulatorios de adicciones para adultos

Los **Centros de Tratamiento de Opioides (OTC, por sus siglas en inglés)** son centros certificados por la Oficina de Servicios y Apoyos a la Adicción, en donde se administran medicamentos para tratar la dependencia de los opioides. Entre estos medicamentos se pueden incluir metadona, buprenorfina y Suboxone. Estos centros también ofrecen orientación psicológica y servicios educativos. En muchos casos, puede recibir servicios continuos en una clínica OTP durante toda su vida.

Servicios residenciales de adicciones para adultos

Los servicios residenciales de adicciones son para personas que necesitan apoyo las 24 horas para su recuperación en un entorno residencial. Estos servicios de adicciones ayudan a mantener la recuperación a través de un entorno estructurado y libre de sustancias. Puede obtener apoyo grupal y aprender habilidades que lo ayuden a recuperarse.

Servicios de rehabilitación de adicciones para pacientes adultos hospitalizados

Los **Centros de Tratamiento de Adicciones Operados por el Estado (ATC, por sus siglas en inglés)** brindan atención que responde a las necesidades y apoya la recuperación a largo plazo. El personal de cada centro está capacitado para ayudar con múltiples afecciones, como enfermedades mentales. También apoyan la planificación de los cuidados posteriores. Los tipos de servicios de tratamiento de adicciones varían según el centro, pero pueden incluir tratamiento asistido por medicamentos, ludopatía, tratamiento específico de género para hombres o mujeres, etc.

Los programas de **rehabilitación de adicciones para pacientes hospitalizados** pueden brindarle un entorno seguro de evaluación, tratamiento y rehabilitación para trastornos por consumo de sustancias. Estos centros ofrecen atención supervisada en todo momento por personal médico las 24 horas, los 7 días de la semana. Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen el control de los síntomas relacionados con la adicción y la supervisión de las complicaciones físicas y mentales causadas por el consumo de sustancias.

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

Limitaciones

- Los cuidados en un hogar de reposo están cubiertos para las personas que se consideran que han sido asignadas permanentemente a un hogar de reposo, siempre y cuando sean elegibles para la cobertura institucional de Medicaid.
- 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; y
 - 2) personas con trastornos metabólicos congénitos raros que requieren fórmulas médicas específicas para proporcionar nutrientes esenciales no disponibles por ningún otro medio.

En ciertas condiciones, los adultos que tengan VIH, sida u otras enfermedades o afecciones relacionadas con el VIH pueden ser elegibles para recibir nutrición oral adicional.

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 proteínas modificadas.

Telesalud

Usted puede recibir algunos servicios por telesalud, cuando sea apropiado. Usted puede decidir si desea recibir servicios en persona o por telesalud. Si tiene preguntas adicionales sobre la telesalud, consulte a su administrador de cuidados.

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 dichos 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. No se requiere una autorización previa para los servicios de emergencia. Sin embargo, debe notificar a MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 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 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP).

Si es hospitalizado, un familiar u otro cuidador debe comunicarse con MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 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 comunique con MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 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 afiliados nuevos de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 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 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 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 explica 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, y
- 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; y
- 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 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 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 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 866.986.0356 (TTY: 711).

Si tiene alguna pregunta sobre si un beneficio tiene cobertura de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) o Medicaid. Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid usando su tarjeta de beneficios de Medicaid incluyen:

Farmacia:

La mayoría de los medicamentos recetados están cubiertos por la Parte D de Medicare de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP), como se describe en la Sección 6 de la *evidencia de cobertura* (EOC) de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP). Es posible que Medicaid regular cubra algunos medicamentos que no cubre la Parte D de Medicare de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP). Medicaid también puede cubrir algunos medicamentos que nosotros denegamos.

Ciertos servicios de salud mental, entre ellos:

- Servicios de administración de cuidados de Health Home (HH) y Health Home Plus (HH+)
- Servicios de rehabilitación brindados a residentes de residencias comunitarias (CR, por sus siglas en inglés) con licencia de la OMH y Programas de Tratamiento Basados en la Familia
- Tratamiento diurno de la OMH
- Rehabilitación residencial para jóvenes de OASAS
- Clínicas comunitarias certificadas de salud conductual (CCBHC, por sus siglas en inglés)
- Centro de tratamiento residencial (RTF, por sus siglas en inglés) de la OMH

Para los afiliados a MAP hasta los 21 años:

- Servicios de Apoyo y Tratamiento para Niños y Familias (CFTSS)
- Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) para menores de edad

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

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

Otros servicios de Medicaid:

- Terapia de control directo para la TB (tuberculosis)
- Administración de casos COBRA para el VIH
- Medicamentos para mejorar la ovulación que sean médicamente necesarios, y servicios médicos relacionados con la prescripción y vigilancia del uso de dichos medicamentos, para los miembros que cumplan con los criterios.

Planificación familiar

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

SERVICIOS NO CUBIERTOS POR METROPLUS ULTRACARE (HMO D-SNP) NI MEDICAID

Usted debe pagar los servicios que no están cubiertos por MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) ni por Medicaid si su proveedor le informa por adelantado que estos servicios no están cubiertos Y usted acepta pagar por ellos. Algunos ejemplos de servicios no cubiertos por MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) ni por Medicaid son:

- Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria
- Artículos personales o de bienestar
- Servicios de un proveedor que no forma parte del plan, cuando no se trate de una emergencia médica (a menos que MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) lo autorice para acudir a ese proveedor)

Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711).

PROCESOS PARA LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS, LAS APELACIONES Y LAS QUEJAS

Usted tiene Medicare y también recibe ayuda de Medicaid. La información de esta sección explica sus derechos para todos sus beneficios de Medicare y la mayoría de sus beneficios de Medicaid. En la mayoría de los casos, utilizará un solo proceso para sus beneficios de Medicare y de Medicaid. En ocasiones, esto se denomina "proceso integrado" porque integra los procesos de Medicare y Medicaid.

Sin embargo, para algunos de sus beneficios de Medicaid, usted también puede tener derecho a un proceso adicional de apelaciones externas. Consulte la página 30 para obtener más información sobre el proceso de apelaciones externas.

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

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

Cuando solicita la aprobación de un tratamiento o servicio, se denomina **solicitud de autorización de servicio (también conocida como solicitud de decisión de cobertura)**. Para obtener una solicitud de autorización de servicio, usted o su proveedor pueden llamar de manera gratuita al número de Servicios al Miembro, 866.986.0356 (TTY: 711) o enviar su solicitud por escrito a:

MetroPlus Health Plan
Utilization Management
50 Water Street, 7th fl.
New York, NY 10004

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) del Departamento de Administración de Uso de UltraCare (D-SNP) antes de recibirlos. Usted o alguien de su confianza puede solicitar una autorización previa. Se debe obtener la aprobación de los siguientes tratamientos y servicios **antes** de recibirlos:

- Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados
- Servicios de radiodiagnóstico (tomografía computarizada / imagen por resonancia magnética / angiografía por resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones)
- Audífonos
- Servicios integrales de odontología
- Determinados servicios oftalmológicos cubiertos por Medicaid
- Atención de salud mental para pacientes hospitalizados
- Hospitalización parcial
- Centro de enfermería especializada
- Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar
- Terapia de ejercicios supervisados (TES)
- Servicios de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla)
- Servicios de ambulancia sin carácter de emergencia
- Prótesis/suministros médicos y equipo médico duradero (DME)
- Servicios y suministros para diabéticos
- Medicamentos de la Parte B de Medicare
- Atención de una agencia de salud en el hogar
- Terapia de infusión en el hogar
- Servicios del Programa de Tratamiento para Opioides (servicios para pacientes hospitalizados)
- Acupuntura (para tratar dolor lumbar crónico)
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de enfermería privada
- Servicios de cuidado personal
- Nutrición
- Servicios sociales médicos
- Apoyos sociales y ambientales
- Comidas en congregación y de entrega a domicilio
- Atención médica diurna para adultos
- Cuidado social diurno
- Servicios de respuesta ante emergencias personales (PERS)

- Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (CDPAS)
- Atención en un hogar de reposo no cubierta por Medicare
- Podología
- Transporte en casos que no son de emergencia

Para obtener la aprobación para estos servicios o tratamientos, llame a nuestro número gratuito de Línea de Ayuda de Servicios al Miembro 24/7 al 866.986.0356 (TTY: 711). Usted o su médico también puede presentar una solicitud de autorización de servicio por fax al 212.908.3126 o por correo a:

MetroPlus Health Plan
Utilization Management
50 Water Street, 7th fl.
New York, NY 10004

Revisión concurrente

También puede solicitar al Departamento de Administración de Uso de UltraCare (D-SNP) recibir una mayor cantidad 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 de salud tiene un equipo de revisión para asegurarse de que usted reciba los servicios a los que tiene derecho. El equipo de revisión está formado por médicos y enfermeros. Su trabajo es asegurarse de que los tratamientos o servicios que usted solicitó sean médicamente necesarios y adecuados para usted. Para hacerlo, comparan 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 que solicitó. Un profesional de atención médica calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que un servicio que solicitó no es médicamente necesario, un revisor clínico tomará la decisión. Un revisor clínico puede ser un médico, un enfermero o un 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 la necesidad médica.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos a través del proceso **estándar** o **rápido**. Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión rápida si usted o su proveedor consideran que una demora puede provocar daños graves a su salud. Si denegamos su solicitud de una revisión rápida, le informaremos y gestionaremos su solicitud 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 mencionan abajo. A continuación encontrará más información sobre el proceso rápido.

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

Proceso estándar

Generalmente, usamos el **plazo estándar** para darle nuestra decisión sobre su solicitud de un artículo, servicio o tratamiento médico, a menos que hayamos acordado usar los plazos rápidos.

- Una revisión estándar para una solicitud de autorización previa significa que le daremos una respuesta dentro de los 3 días hábiles posteriores a la fecha en que tengamos toda la información que necesitamos, pero a más tardar a los **14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud. Si su caso es una **revisión concurrente** en la que solicita un cambio en un servicio que ya está recibiendo, tomaremos una decisión dentro de 1 día hábil cuando tengamos toda la información que necesitamos, pero le responderemos a más tardar a los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si nos solicita más tiempo o si necesitamos información (tales como historiales médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión, le informaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es para su bien. Tomaremos una decisión tan pronto como podamos cuando recibamos la información necesaria, pero a más tardar a los 14 días desde la fecha en que solicitamos más información.
- Si cree que **no** debemos tomar días adicionales, puede presentar una **queja rápida**. Cuando presenta una **queja rápida**, le daremos una respuesta a la misma dentro de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para autorizaciones de servicio y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso quejas rápidas, consulte la sección 5: *Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro Plan*).

Si no le respondemos dentro de los 14 días calendario (o al final de los días adicionales si los aceptamos), puede presentar una apelación.

- **Si respondemos que sí de forma parcial o total a su solicitud**, autorizaremos el servicio o tratamiento, o le daremos el artículo que solicitó.
- **Si respondemos que no de forma parcial o total a su solicitud**, le enviaremos un aviso de decisión de apelación que explica el motivo de la denegación. Puede ver más información sobre cómo apelar esta decisión en la sección 2: *Apelaciones de nivel 1*.

Proceso rápido

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

- Una **revisión rápida** de una solicitud de autorización previa significa que le responderemos en un plazo de 1 día hábil a partir de la fecha en que tengamos toda la información necesaria, pero a más tardar a las **72 horas** posteriores a su solicitud.
- Podemos tomarnos **hasta 14 días calendario más** si determinamos que nos falta información que podría beneficiarlo (tales como historiales médicos de proveedores fuera de la red), o si necesita tiempo para traernos información para la revisión. Si decidimos tomarnos más días, le diremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es para su bien. 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.
- Si cree que no debemos tomar días adicionales, **puede presentar una queja rápida**. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso quejas rápidas, consulte la sección 5: *Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan*, a continuación, para ver más información. Lo llamaremos en cuanto tomemos una decisión.
- Si no le respondemos dentro de las 72 horas (o en caso de un plazo extendido, al finalizar ese período), puede presentar una apelación. Consulte la sección 2: *Apelaciones de nivel 1*, a continuación, para ver cómo presentar una apelación.

Para obtener una **autorización rápida de servicio**, debe cumplir con dos requisitos:

1. Solicita cobertura para atención médica que aún no ha recibido. (No puede obtener una **autorización rápida de servicios** si su solicitud está relacionada con el pago de atención médica que ya recibió).
2. Usar los plazos estándar podría causar daños graves a su vida o a su salud o lastimar su habilidad de funcionar.

Si su proveedor nos comunica que su salud requiere una autorización rápida de servicio, automáticamente accederemos a otorgarle una autorización rápida de servicio.

Si solicita una autorización rápida de servicios por su cuenta sin el respaldo de su proveedor, decidiremos si su salud requiere que le otorguemos una **autorización rápida de servicios**.

Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una **autorización rápida de servicio**, le enviaremos una carta para informárselo (y se utilizarán los plazos estándar en su lugar).

- Esta carta le explicará que, si su médico solicita la **autorización rápida de servicios**, automáticamente le daremos una **autorización rápida de servicios**.
- La carta también le explicará cómo presentar una **queja rápida** sobre la decisión de otorgarle una autorización estándar de servicios en lugar de la autorización rápida de servicios que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso quejas rápidas, consulte la sección 5: *Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan*, más adelante en este capítulo).

Si respondemos que sí de forma parcial o total a su solicitud, debemos responderle dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud. Si extendimos el plazo necesario para dar una autorización de servicio respecto a su solicitud de un artículo o servicio médico, le responderemos al final de ese período extendido.

Si respondemos que no de forma parcial o total a su solicitud, le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo de la denegación. Si no está satisfecho con nuestra respuesta, tiene el derecho de presentarnos una apelación. Consulte la sección 2: *Apelaciones de Nivel 1* a continuación para ver más información.

Si no nos comunicamos con usted dentro del plazo establecido, es como si hubiéramos denegado su solicitud de autorización de servicio. Si sucede esto, usted tiene el derecho de presentarnos una apelación. Consulte la sección 2: *Apelaciones de nivel 1*, a continuación, para ver más información.

Si cambiamos un servicio que usted va recibir

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o cancelar un servicio que hemos aprobado con anterioridad y que usted recibe actualmente, debemos informarle al menos 15 días antes de que modifiquemos el servicio.
- Si verificamos atención que recibió en el pasado, tomaremos una decisión sobre el pago dentro de los 30 días posteriores a la recepción de toda la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago de un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día que se deniega el pago. **No tendrá que pagar la atención que recibió que cubrió el plan o Medicaid, incluso si luego le denegamos el pago al proveedor.**

También puede tener **derechos especiales de Medicare si su cobertura de atención hospitalaria, la atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF)** finalizan. Para obtener más información sobre estos derechos, consulte el capítulo 9 de la *evidencia de cobertura* de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP).

Qué hacer si desea apelar una decisión sobre su atención

Si denegamos su solicitud de cobertura de un artículo o servicio médico, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si denegamos su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación y solicitarnos que reconsideremos esta decisión. Presentar una apelación significa intentar nuevamente obtener la cobertura de atención médica que usted desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que ingresará al nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte abajo).

- MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) también puede explicar los procesos de quejas y apelaciones que usted tiene disponibles dependiendo de su queja. Puede llamar a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711) para obtener más información sobre sus derechos y las opciones que tiene disponibles.

En cualquier momento en el proceso, 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.

Sección 2: Apelaciones de nivel 1 (también conocida como apelación a nivel del Plan)

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

Para algunos tratamientos y servicios, usted necesita obtener la aprobación antes de recibirlos o para continuar recibéndolos. Esto se conoce como autorización previa. Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se denomina solicitud de autorización de servicio. Describimos este proceso anteriormente en la Sección 1 de este capítulo. Si decidimos denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por una cantidad inferior a la que solicitó, recibirá un aviso llamado **aviso integrado de determinación de cobertura**.

Si usted recibe un aviso integrado de determinación de cobertura y no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa intentar obtener el artículo o servicio médico que usted desea solicitándonos que revisemos su solicitud nuevamente.

Puede presentar una apelación de nivel 1:

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto se denomina una apelación de nivel 1 o una apelación al Plan. En esta apelación, revisamos la decisión que hemos tomado para verificar si respetamos adecuadamente todas las normas.

Revisores diferentes a aquellos que tomaron la decisión no favorable original manejan su apelación. Luego de completar la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que explicaremos a continuación, usted puede solicitar una apelación rápida.

Pasos para presentar una apelación de nivel 1:

- Si no está satisfecho con nuestra decisión, usted tiene **60 días** desde la fecha del aviso integrado de determinación de cobertura para presentar una apelación. Si no cumple el plazo y tiene motivos valederos para hacerlo, es posible que le otorguemos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de causa justificada para no cumplir el plazo incluyen: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- Si usted apela una decisión que tomamos respecto de la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su proveedor deberá decidir si requiere una **apelación rápida**.
 - Los requisitos y procedimientos para obtener una **apelación rápida** son los mismos que para obtener una autorización de servicio rápida. Para solicitar una **apelación rápida**, siga las instrucciones para solicitar una autorización de servicio rápida. (Estas instrucciones se presentan en la sección 1, Proceso rápido).
 - Si su proveedor nos comunica que su salud requiere una **apelación rápida**, le daremos una apelación rápida.
 - Si su caso era una **revisión concurrente** en la que revisábamos un servicio que usted ya estaba recibiendo, automáticamente recibirá una apelación rápida.
- Usted puede presentar una apelación por sí mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente una apelación de nivel 1 en su nombre. Puede llamar a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711) si necesita ayuda para presentar una apelación de nivel 1.
 - Únicamente alguien que usted designe por escrito puede representarlo durante su apelación. Si usted desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante durante su apelación, puede completar un **formulario de solicitud de apelación** que se adjuntó al **aviso integrado de determinación de cobertura**, puede completar un formulario de designación de un representante, o puede escribir y firmar una carta en la que indique a quién designa como su representante.
 - Para obtener el **formulario de designación de un representante**, llame a Servicios al Miembro y solicítelo. También puede obtener el formulario en el sitio web de Medicare en [cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario autoriza a la persona para actuar en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado, O
 - Puede escribir y enviarnos una carta. (Usted o la persona designada en la carta como su representante puede enviarnos la carta).
- No lo trataremos diferente ni tomaremos represalias contra usted por presentar una apelación de nivel 1.
- Puede presentar la apelación de nivel 1 por teléfono o por escrito. Tras su llamada, le enviaremos un formulario que resume su apelación telefónica. Puede realizar los cambios necesarios en el resumen antes de firmar y devolvernos el formulario.

Continuar con su servicio o artículo mientras apela una decisión sobre su atención

Si le dijimos que íbamos a detener, suspender o reducir servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de actuar.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de nivel 1 dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha del **aviso integrado de determinación de cobertura** o antes de la fecha de entrada en vigor prevista de la acción, la que sea posterior.
- Si cumple este plazo, usted puede continuar recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de nivel 1 está en curso. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.
- **Nota:** Si su proveedor solicita que continuemos con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrar a su proveedor como su representante.

Qué sucede después de recibir su apelación de nivel 1

- Dentro de los 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos procesando su apelación de nivel 1. Le haremos saber si necesitamos que nos presente información adicional para tomar nuestra decisión.
- Le enviaremos una copia del expediente de su caso, sin cargo, que incluye una copia de los registros médicos y cualquier otra información y registros que usaremos para tomar la decisión de la apelación. Si su apelación de nivel 1 se resuelve por la vía rápida, es posible que haya poco tiempo para revisar esta información.
- Profesionales de la salud calificados que no tomaron la primera decisión decidirán las apelaciones de asuntos clínicos. Al menos uno será un revisor clínico.
- Las decisiones que no sean clínicas estarán a cargo de personas que trabajan en un nivel superior al de las personas que tomaron su primera decisión.
- También puede proporcionar información para la toma de dicha decisión en persona o por escrito. Llámenos al 866.986.0356 (TTY: 711) si no está seguro de qué información darnos.
- Le daremos las razones de nuestra decisión y nuestra justificación clínica, si corresponde. Si denegamos su solicitud o la aprobamos por un monto menor de lo que solicitó, le enviaremos un aviso llamado "aviso de decisión de apelación". Si denegamos su apelación de nivel 1, automáticamente enviaremos su caso al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Plazos para una apelación estándar

- Si utilizamos los plazos de apelación estándar, debemos darle nuestra respuesta a una solicitud dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación si su apelación es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo requiere.
- Sin embargo, si nos solicita más tiempo, o si necesitamos recolectar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.** Si decidimos que necesitamos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es beneficiosa para usted. Tomaremos una decisión tan pronto como podamos cuando recibamos la información necesaria, pero a más tardar a los 14 días desde la fecha en que solicitamos más información.
 - Si cree que **no** debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a la misma dentro de 24 horas.
 - Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso quejas rápidas, consulte la sección 5: *Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan*, a continuación, para ver más información.

Si no le damos una respuesta en el plazo indicado anteriormente (o al finalizar los días extra si nos tomamos días adicionales para contestar a su solicitud de un artículo o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización externa independiente la revisará.

Hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones en la Sección 3: *Apelaciones de nivel 2*.

Si respondemos que sí de forma total o parcial a su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado dentro de las 72 horas posteriores a la toma de nuestra decisión.

Si respondemos que no de forma total o parcial a su solicitud, para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación, **debemos enviar su apelación al siguiente nivel de apelación.** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el nivel 2.

Plazos para una apelación rápida

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos informarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.

- Si nos solicita más tiempo, o si necesitamos recolectar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión, le informaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es para su bien. Tomaremos una decisión tan pronto como podamos cuando recibamos la información necesaria, pero a más tardar a los 14 días desde la fecha en que solicitamos más información.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en 72 horas (o al final de los días extra que nos tomamos), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, que se discute más abajo en la sección 3: *Apelaciones de nivel 2*.

Si respondemos que sí de forma total o parcial a su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.

Si respondemos que no de forma total o parcial a su solicitud, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja ante el plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su apelación de acción.

- Durante la apelación de nivel 2, una organización de revisión independiente llamada **Oficina Integrada de Audiencias Administrativas u Oficina de Audiencias** revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.
- Le informamos sobre esta organización y explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones más adelante en la Sección 3: *Apelaciones de nivel 2*.

En cualquier momento en el proceso, 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 866.712.7197.

Sección 3: Apelaciones de nivel 2

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

Si **denegamos** su apelación de nivel 1, su caso será enviado **automáticamente** al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, la **Oficina de Audiencias** revisa nuestra decisión de su apelación de nivel 1. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

- **La Oficina de Audiencias es una agencia independiente del estado de Nueva York.** No tiene conexión con nosotros. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.

- Nosotros le enviamos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “archivo del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de su archivo del caso.**
- Usted tiene derecho a brindar información adicional a la Oficina de Audiencias para respaldar su apelación.
- Los revisores de la **Oficina de Audiencias** analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La **Oficina de Audiencias** se comunicará con usted para programar una audiencia.
- Si tuvo una apelación rápida ante nuestro plan en el nivel 1 porque su salud podría verse seriamente perjudicada si se espera una decisión dentro de un plazo estándar, automáticamente recibirá una apelación rápida en el nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su apelación.
- Si la **Oficina de Audiencias** necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales.**

Si le han otorgado una apelación estándar en el nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el nivel 2

- Si le han otorgado una **apelación estándar** en nuestro plan en el nivel 1, automáticamente recibiría una **apelación estándar** en el nivel 2.
- La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 60 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación. Hay un total de 90 días disponibles entre la fecha en que solicita una apelación ante el plan (nivel 1) y la fecha en que la Oficina de Audiencias decide su apelación de nivel 2.
- Si la **Oficina de Audiencias** necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales.

Si calificó para la continuación de beneficios cuando presentó su apelación de nivel 1, sus beneficios del servicio, artículo o medicamento bajo apelación también continuarán durante el nivel 2. Consulte la página 26 para obtener más información sobre la continuidad de sus beneficios durante las apelaciones de nivel 1.

La Oficina de Audiencias le informará su decisión por escrito y le explicará sus motivos.

- Si la Oficina de Audiencias **acepta** en forma parcial o total su solicitud, debemos autorizar el servicio o entregarle el artículo **dentro de un día hábil a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Oficina de Audiencias.**
- Si la Oficina de Audiencias **deniega** en forma parcial o total la apelación, significa que está de acuerdo con nuestro plan y que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debería aprobarse. (Esto se llama "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación").

Si la Oficina de Audiencias rechaza en forma parcial o total su apelación, puede elegir si

desea continuar con la apelación.

- Existen dos niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (cuatro niveles de apelación en total).
- Si se rechaza su apelación de nivel 2, debe decidir si desea proseguir con el nivel 3 y presentar una tercera apelación. El aviso escrito que recibió después de su apelación de nivel 2 tiene los detalles sobre cómo hacer esto.
- El Consejo de Apelaciones de Medicare maneja la apelación de nivel 3. Después de este nivel, usted puede tener derecho a solicitarle a una corte federal que revise su apelación.

En cualquier momento en el proceso, 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 866.712.7197.

Sección 4: Apelaciones externas para Medicaid solamente

Usted o su médico pueden solicitar una apelación externa **solo para los beneficios cubiertos por Medicaid.**

Puede solicitar al estado de Nueva York una **apelación externa** independiente si nuestro plan decide denegar la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron porque:

- no era médicamente necesario; o
- era un tratamiento experimental o de investigación; o
- no era diferente de la atención que usted recibe de la red del plan, o
- estaba disponible de un proveedor participante que tiene la capacitación y la experiencia correctas para satisfacer sus necesidades.

Esto se denomina apelación externa, porque la decisión está a cargo de revisores que no trabajan para el plan de salud ni para el estado. Estos revisores son personas calificadas y aprobadas por el estado de Nueva York (el estado). El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental. Usted no tiene que pagar por la apelación externa.

Antes de apelar al estado:

- Debe presentar una apelación de nivel 1 ante el plan y obtener el aviso de decisión de apelación del plan; **o**
- Puede solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo si no ha recibido el servicio y usted solicita una apelación rápida. (Su médico deberá indicar que la apelación acelerada es necesaria); **o**
- Usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelaciones del plan y continuar directamente con la apelación externa; **o**
- Puede probar que el plan no siguió las normas correctamente cuando procesó su apelación de nivel 1.

Tiene **4 meses** después de recibir el **aviso de decisión de apelación** del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y los representantes del plan acordaron omitir el proceso de apelación del plan, debe pedir la apelación externa dentro de los 4 meses posteriores al acuerdo.

Para solicitar una apelación externa, complete una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros.

- Puede llamar a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711) si necesita ayuda para presentar una apelación.
- Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información acerca de su problema médico.
- La solicitud de la apelación externa indica qué información será necesaria.

A continuación presentamos algunas maneras de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 800.400.8882
- Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros en dfs.ny.gov
- Póngase en contacto con el plan de salud al 1-866-986-0356 (TTY: 711)

El revisor decidirá su apelación externa en 30 días. Si el revisor de la apelación externa solicita más información, es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles). El revisor le informará y planificará la decisión definitiva dentro de los dos días posteriores a 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 72 horas o menos. El revisor les comunicará la decisión a usted y al plan inmediatamente por teléfono o fax. Posteriormente, el revisor le enviará una carta que le informará la decisión.

En cualquier momento en el proceso, 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 866.712.7197.

Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro Plan

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

Esperamos que nuestro plan le proporcione un buen servicio. Si tiene un problema con la atención o el tratamiento que recibe de nuestro personal o los proveedores o no le gusta la calidad de la atención o los servicios que recibe de nosotros, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711) o escriba a Servicios al Miembro. **El nombre formal para hacer una queja es presentar una queja.**

Puede pedirle a alguien de su confianza que presente la queja en su nombre. Si necesita ayuda debido a alguna discapacidad auditiva o de la vista o si requiere servicios de traducción, podemos

ayudarlo. No le dificultaremos el proceso ni tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Cómo presentar una queja:

- **Normalmente, el primer paso es llamar a Servicios al Miembro.** Si hay algo más que necesite hacer, Servicios al Miembro se lo informará. Llame al 866.986.0356 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), **puede enviarnos su queja por escrito.** Si pone su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Envíenos su queja por escrito a: MetroPlus Health Plan, Attn: Gerente de quejas, 50 Water Street, 7th fl., New York, NY 10004.
- **Debe comunicarse con Servicios al Miembro de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema por el que desea presentar la queja.

Qué sucede luego:

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si usted nos llama por una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.
- Respondemos las quejas en un plazo de 30 días calendario.
- Si usted presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una autorización rápida de servicio o una apelación rápida, le daremos automáticamente una queja rápida. Si tiene una queja rápida, significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.
- Si necesitamos más información y la demora es beneficiosa para usted o si solicita más tiempo, podemos tardar otros 14 días calendario (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- Sin embargo, si ya nos ha solicitado una autorización de servicio o ha presentado una apelación, y piensa que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación, se muestran ejemplos de cuándo puede presentar una queja:
 - Si nos solicitó que le demos una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, y se lo denegamos.
 - Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una autorización de servicio o una respuesta a una apelación que presentó.
 - Cuando se revisa una autorización de servicio que hemos tomado y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle determinados servicios médicos o medicamentos dentro de ciertos plazos y usted considera que no estamos cumpliendo los plazos.
 - Cuando no le damos una decisión a tiempo y no enviamos su caso a la Oficina de

Audiencias antes del plazo requerido.

- **Si no estamos de acuerdo** con su queja de forma total o parcial, o no asumimos la responsabilidad del problema por el que está reclamando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá los motivos de esta decisión. Debemos responder estemos de acuerdo o no con la queja.

Apelaciones de quejas

Si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre su queja acerca de sus beneficios de Medicaid, usted o alguien de su confianza pueden presentar una **apelación de la queja** ante el plan.

Cómo presentar una apelación de quejas:

- Si no está conforme con nuestra decisión, tiene al menos 60 días hábiles después de nuestra comunicación para presentar una apelación de queja;
- Usted mismo puede hacerlo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación de la queja en su nombre.
- Debe hacer la apelación de la queja por escrito.
 - Si presenta una apelación por teléfono, debe presentarla por escrito después.
 - Tras su llamada, le enviaremos un formulario que resume su apelación telefónica.
 - Si está de acuerdo con nuestro resumen, deberá firmar el formulario y enviárnoslo. Puede realizar cualquier cambio que considere necesario antes de enviarnos el formulario.

Qué sucede después de recibir su apelación de la queja:

Después de que recibimos su apelación de la queja, le enviaremos una carta dentro de un plazo de 15 días hábiles. La carta le informará sobre:

- Quién está trabajando en su apelación de la queja.
- Cómo comunicarse con esta persona.
- Si necesitamos más información.

Una o más personas calificadas revisarán su apelación de la queja. Estos revisores se encuentran en un nivel superior al de los revisores que tomaron la primera decisión sobre su queja.

Si su apelación de la queja tiene que ver con asuntos clínicos, uno o más profesionales de la salud calificados revisarán su caso. Al menos uno de ellos será un revisor clínico que no participó en la toma de la primera decisión sobre su queja.

Le informaremos nuestra decisión dentro de los 30 días hábiles a partir del momento en que tengamos toda la información necesaria. Si un retraso pondría en riesgo su salud, le daremos a conocer nuestra decisión en 2 días hábiles a partir de la fecha en que contemos con toda la

información necesaria para tomar la decisión sobre la apelación. Le daremos las razones de nuestra decisión y nuestra justificación clínica, si corresponde.

Si todavía no está conforme, usted o alguna persona en su nombre pueden presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 866.712.7197.

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 beneficiarios de cuidados a largo plazo en el Estado de Nueva York. Puede comunicarse con la ICAN para obtener asesoría gratuita e independiente sobre su cobertura, sus quejas y sus opciones de apelación. Pueden ayudarlo a manejar el proceso de apelación.

Póngase en contacto con la ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Teléfono: 844.614.8800 (Servicio de retransmisión TTY: 711)

Internet: icannys.org | Correo electrónico: ican@cssny.org

CANCELACIÓN DE LA AFILIACIÓN AL PROGRAMA MAP DE METROPLUS ULTRACARE (HMO D-SNP)

No se cancelará la inscripción de los afiliados de Medicaid Advantage Plus por ninguno de los siguientes motivos:

- Uso elevado de los servicios médicos cubiertos, una condición existente o un cambio en la salud del afiliado; o
- Capacidad mental disminuida o conductas no cooperativas o que alteren el orden y que sean resultado de sus necesidades especiales, a menos que la conducta haga que el afiliado no sea elegible para Medicaid Advantage Plus.

Puede optar por cancelar su inscripción voluntariamente

Puede solicitar su salida del Programa MAP de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) en cualquier momento, y por cualquier motivo.

Para solicitar la cancelación de la inscripción, llame al 866.986.0356 (TTY: 711). 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 aún necesita Servicios y Apoyos a Largo Plazo Basados en la Comunidad (CBLTCS, por sus siglas en inglés), como cuidado personal, debe unirse a otro plan MLTC o a un programa de Exención Basado en el Hogar y la Comunidad para seguir recibiendo los servicios de CBLTSS.

Usted deberá abandonar el programa MAP de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) si:

- Ya no está afiliado a MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) para su cobertura de Medicare;
- Ya no es elegible para Medicaid;
- Necesita cuidados en un hogar de reposo, pero no es elegible para Medicaid institucional;
- Está fuera del área de servicio del plan durante más de 30 días consecutivos;
- Se muda permanentemente fuera del área de servicio de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP);
- Ya no es elegible para el nivel de atención en un hogar de reposo según lo determinado con la Evaluación de Salud Comunitaria (CHA, por sus siglas en inglés), a menos que pueda preverse que la cancelación de los servicios provistos por el plan tendrá como resultado que usted sea elegible para el nivel de atención de un hogar de reposo dentro de los seis meses siguientes.
- 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 y Apoyos a Largo Plazo Basados en la Comunidad (CBLTCS, por sus siglas en inglés);
- Su único servicio se identifica como cuidado social diurno; o
- Usted se inscribe en un programa de exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad, o se convierte en residente de un programa residencial de la Oficina para Personas con Discapacidades del desarrollo; o
- Usted se convierte en residente de un programa residencial de la Oficina de Salud Mental o de la Oficina de Servicios y Apoyos para Adicciones (OASAS) (que no sea un beneficio cubierto por el plan MAP) durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más.

Podemos pedirle que abandone el programa MAP de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 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.
- Usted provee, a sabiendas, información fraudulenta en un formulario de inscripción o permite el uso indebido de una tarjeta de inscripción del programa MAP;
- No completa o no envía cualquiera de los formularios de consentimiento o autorización necesarios; o
- No paga o no hace los arreglos necesarios para pagar el monto de dinero, según lo determinado por el Distrito Local de Servicios Sociales (LDSS, por sus siglas en inglés), 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 que se cancele su inscripción involuntariamente, MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) obtendrá la aprobación de New York Medicaid Choice (NYMC) o de la entidad designada por el estado. La fecha efectiva de cancelación de la inscripción será el primer día del mes siguiente al

mes en el que se procesa la cancelación de la inscripción. Si aún necesita CBLTSS, se le pedirá que elija otro plan o se lo asignará automáticamente a otro plan para brindarle cobertura para los servicios necesarios.

COMPETENCIA CULTURAL O LINGÜÍSTICA

MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) respeta 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 afiliados. 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

MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 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 las responsabilidades de Programa MAP de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP). 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 médicamente 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 género, raza, estado de salud, color, edad, país de origen, 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; y el derecho a solicitar una audiencia imparcial por medio de la Oficina de Audiencias Administrativas 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 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)
- Usar proveedores de la red de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 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 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 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 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) (tomando en cuenta la opinión de usted).
- Cooperar y ser respetuoso con el personal de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) y no discriminar al personal de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) por motivos de raza, color, país de origen, religión, género, edad, capacidad mental o física, orientación sexual o estado civil.
- Notificar a MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 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 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) con anticipación siempre que no vaya a estar en casa para recibir servicios o atención que se haya coordinado para usted.
- Informar a MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 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 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP).
- Criterios de revisión clínica específicos relacionados con una afección particular y otra información que MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 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 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP), y las políticas y procedimientos que utiliza MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) para determinar la elegibilidad de un proveedor.



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

MetroPlus Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles. **MetroPlus Health Plan** no excluye a personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MetroPlus Health Plan brinda lo siguiente:

- Servicios y ayudas gratuitos a las personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a **MetroPlus Health Plan** al 1.866.986.0356. Para los servicios de TTY/TDD, llame al 711.

Si considera que **MetroPlus Health Plan** no le ha brindado estos servicios o lo ha tratado de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a **MetroPlus Health Plan** de las siguientes maneras:

Por correo: 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004

Por teléfono: 1.866.986.0356 (para servicios de TTY/TDD, llame al 711) Por fax: 1-212-908-8705

En persona: 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004

Correo electrónico: Grievancecoordinator@metroplus.org

Usted también puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de las siguientes maneras:

Internet: Portal para Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Hay formularios de queja disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

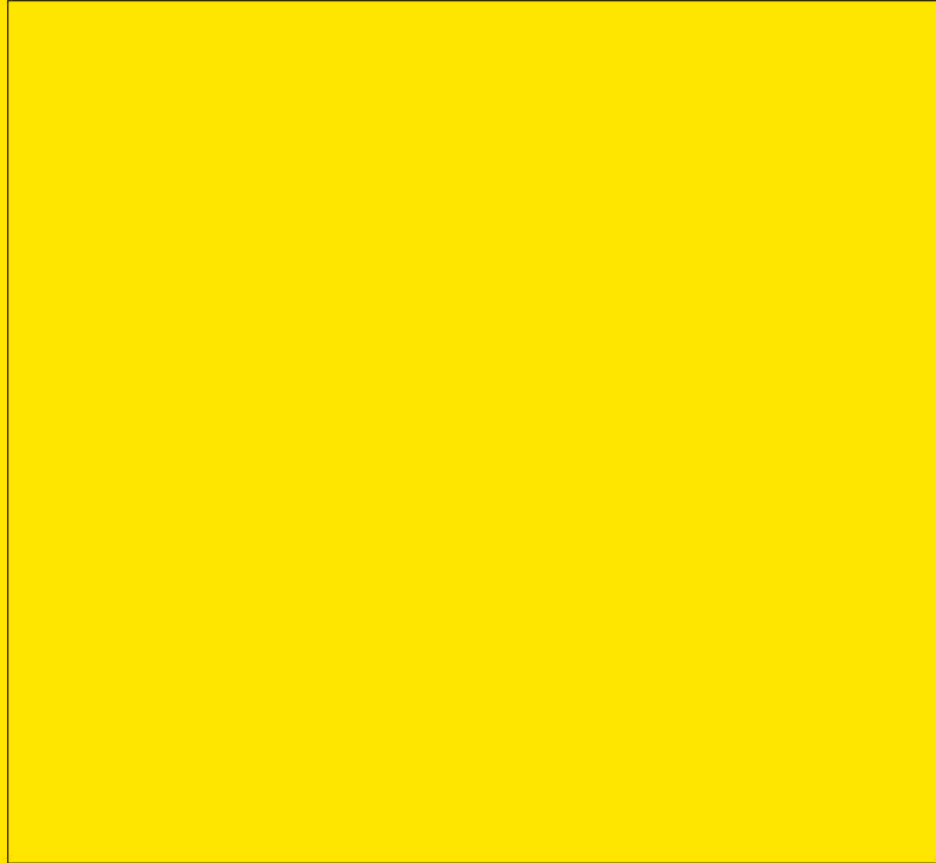
Language Assistance

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.866.986.0356 (TTY: 711) .	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Chinese Cantonese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1.866.986.0356 (TTY: 711) رقم هاتف الصم والبكم	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1.866.986.0356 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1.866.986.0356 (телетайп: ТТУ: 711).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Italian
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1.866.986.0356 (TTY: 711).	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1.866.986.0356 (TTY: 711).	French Creole
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס, פריי פון אפצאל, זענען אוועילעבל פאר אייך. רופט 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1.866.986.0356 (TTY: 711)	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Tagalog
মনোযোগ দিন: এখানে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ রয়েছে। কল করুন 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Benga
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1.866.986.0356	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں - 1.866.986.0356 (TTY: 711)	Urdu

LƯU Ý: Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí cho quý vị. Hãy gọi 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Vietnamese
BEACHTEN SIE: Es stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste zur Verfügung. Rufen Sie 1.866.986.0356 (TTY: 711) an.	German
收件人：我们可为您提供免费的语言协助服务。请致电 1.866.986.0356 (听力障碍电传：711)。	Chinese Mandarin
ध्यान दें: भाषा सहायता सेवाएँ, निःशुल्क, आपके लिए उपलब्ध हैं। 1.866.986.0356 (TTY: 711) पर कॉल करें।	Hindi
ATENÇÃO: Encontram-se disponíveis serviços de apoio linguístico gratuitos. Ligue para 1.866.986.0356 (TTY: 711).	Portuguese
注意：言語サポートサービスを無料にてご利用いただけます。 電話 1.866.986.0356 (TTY: 711)。	Japanese



50 Water St., 7th Floor • New York, NY 10004



METROPLUSMEDICARE.ORG

PLEASE CALL OUR 24/7 HELP LINE
AT 866.986.0356 (TTY: 711) AND A
REPRESENTATIVE WILL ASSIST YOU.