

SU MANUAL DEL MIEMBRO CAMBIÓ |

ANEXO DEL MANUAL DEL MIEMBRO DEL <MEDICAID MANAGED CARE/HEALTH AND RECOVERY PLAN> DEL ESTADO DE NUEVA YORK PARA EL PROGRAMA DE BENEFICIOS INTEGRADOS PARA AFILIADOS CON DOBLE ELEGIBILIDAD (IB-DUAL)

Introducción

Este anexo del manual del miembro proporciona información para los miembros del Programa de Beneficios Integrados para Afiliados con Doble Elegibilidad (IB-Dual, por sus siglas en inglés). El programa IB-Dual permite que los miembros elegibles para Medicare se inscriban en el <Medicaid Managed Care/Health and Recovery Plan (HARP)>. Los miembros obtendrán sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del Plan de Atención Administrada de Medicaid de MetroPlusHealth o MetroPlusHealth Enhanced (HARP), y MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).

Cómo usar este anexo del manual

Este anexo le informará cómo funciona su nuevo programa integrado de atención médica y cómo aprovechar al máximo MetroPlusHealth. Le proporciona información que se aplica a los miembros de IB-Dual (es decir, miembros que tienen cobertura de Medicare y de Medicaid con el mismo plan médico).

Incluye información sobre inscripción, cancelación de la inscripción, acceso a los servicios y cómo presentar una queja o una apelación que puede diferir de lo que se incluye en su manual del miembro del <Plan de Atención Administrada de Medicaid de MetroPlusHealth/MetroPlusHealth Enhanced (HARP)>.

Cuando tenga una pregunta, consulte su manual o llame a Servicios al Miembro de MetroPlusHealth.

Inscripción

Para ser miembro del programa IB-Dual que ofrece MetroPlusHealth, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Tener la Parte A y la Parte B de Medicare, y estar inscrito en la Parte C del MetroPlusHealth Medicare Advantage Dual Special Needs Plan (Plan Dual de Necesidades Especiales, D-SNP);

Anexo del manual del miembro modelo de atención administrada de Medicaid para el Programa de Beneficios Integrados para Afiliados con Doble Elegibilidad (IB-Dual)

Servicios al Miembro:

800.303.9626 (TTY: 711)

- Vivir en el área de servicio del plan, la cual incluye los siguientes condados: Nueva York (Manhattan), Bronx, Queens, Kings (Brooklyn) y Richmond (Staten Island);
- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar de forma legal en los Estados Unidos;
- Estar inscrito en el plan de Atención Administrada de Medicaid de MetroPlusHealth o en el Plan de Salud y Recuperación MetroPlusHealth Enhanced, y
- No haber recibido servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS, por sus siglas en inglés) durante más de 120 días.

Su tarjeta de identificación (ID) del plan médico

Después de inscribirse, recibirá una carta de bienvenida. Su nueva tarjeta de identificación de IB-Dual de MetroPlusHealth debería llegar dentro de los 14 días posteriores a la fecha de inscripción. La tarjeta tiene el nombre y el número de teléfono de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). También tendrá su número de identificación de miembro. Si hay algún dato incorrecto en la tarjeta de identificación de IB-Dual de MetroPlusHealth, llámenos de inmediato. La tarjeta de identificación de IB-Dual no indica que tenga Medicaid ni que MetroPlusHealth sea un tipo especial de plan médico. En el caso de servicios cubiertos únicamente por el plan de Atención Administrada de Medicaid de MetroPlusHealth o MetroPlusHealth Enhanced (HARP), debe seguir usando la tarjeta de identificación de miembro de Atención Administrada de Medicaid de MetroPlusHealth o de MetroPlusHealth Enhanced (HARP).

Siempre lleve la tarjeta de identificación de IB-Dual con usted y muéstrela cada vez que acuda a recibir atención. Si necesita atención antes de recibir la tarjeta, la carta de bienvenida sirve como prueba de que es miembro. Debe conservar su tarjeta de beneficios de Medicaid. Necesitará esta tarjeta para obtener servicios que MetroPlusHealth no cubre.

Desafiliación

Puede cancelar la inscripción del programa IB-Dual en cualquier momento. Si cancela la inscripción de forma voluntaria de nuestra cobertura de Medicaid o Medicare, su cobertura de este programa finalizará.

Es posible que se cancele la inscripción del programa IB-Dual de forma involuntaria en los siguientes casos:

- si se muda de forma permanente de nuestra área de servicio del programa IB-Dual;
- si pierde la cobertura de Medicaid y no la recupera en el plazo de 90 días (consulte más adelante la sección “Pérdida de elegibilidad para Medicaid” para obtener más información);
- si recibe servicios de atención a largo plazo durante más de 120 días (si MetroPlusHealth determina que requiere servicios de atención a largo plazo durante más de 120 días, se le ofrecerá la opción de inscribirse en el plan Managed Long Term Care (MLTC), o
- si se vuelve elegible para una estadía en un hogar de ancianos a largo plazo.

Cobertura de Medicare

Si cancela la inscripción en el programa IB-Dual de MetroPlusHealth, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage. Si no se inscribe en un plan Medicare Advantage, el Gobierno federal lo inscribirá en Original Medicare para la atención médica y en un Plan de Medicamentos Recetados (PDP, por sus siglas en inglés) para la cobertura de medicamentos recetados.

Cobertura de Medicaid

Si cancela la inscripción en el programa IB-Dual de MetroPlusHealth, New York Medicaid Choice lo inscribirá en Medicaid regular.

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

Pérdida de elegibilidad para Medicaid

Si pierde la elegibilidad para Medicaid, finalizará su cobertura del programa IB-Dual. Sin embargo, tendrá un período de gracia de 90 días durante el cual continuará su cobertura de Medicare con el MetroPlusHealth D-SNP. Si recupera la elegibilidad para Medicaid durante el período de gracia de 90 días, se reactivará su cobertura del programa IB-Dual. Si no recupera la elegibilidad para Medicaid durante el período de gracia de 90 días, será responsable de los copagos, el coaseguro, las primas o los deducibles que hubiera cubierto Medicaid en caso de no haber perdido la elegibilidad para Medicaid.

Coordinación de beneficios

MetroPlusHealth coordinará sus beneficios de Medicare y de Medicaid a través del programa IB-Dual. Sus costos compartidos de los servicios cubiertos por Medicare serán de \$0 porque Medicaid cubrirá sus montos de costos compartidos de Medicare.

Algunos servicios que no cubre MetroPlusHealth están disponibles a través de Medicaid regular u Original Medicare (por ejemplo, transporte en casos que no son de emergencia y servicios de centros de cuidados paliativos). Además, el Programa de Farmacia de Medicaid (NYRx, por sus siglas en inglés) cubrirá medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) seleccionados, vitaminas recetadas y medicamentos para la tos que no cubre la Parte D de Medicare. Seguirá teniendo acceso a los servicios de Medicaid regular durante su inscripción en el plan IB-Dual.

Autorización de servicios, apelaciones y quejas

Autorización de servicios

En el caso de servicios cubiertos por Medicare, o por Medicare y Medicaid, MetroPlusHealth tomará las decisiones acerca de la atención según el capítulo 9 de la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) del Medicare Advantage D-SNP. Estas también se denominan decisiones de cobertura.

Anexo del manual del miembro modelo de atención administrada de Medicaid para el Programa de Beneficios Integrados para Afiliados con Doble Elegibilidad (IB-Dual)
Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)

En el caso de servicios cubiertos solo por Medicaid, MetroPlusHealth tomará las decisiones sobre su atención en virtud de las reglas de autorización de servicios descritas en la parte II de su manual del miembro.

Apelaciones

Por tener Medicare y Medicaid, la forma en la que presenta apelaciones sobre sus servicios dependerá de si los servicios están cubiertos por Medicare o por Medicaid.

En el capítulo 9 de su EOC del Medicare Advantage D-SNP, se le informa cómo presentar una apelación (también conocida como apelación de nivel 1) o una queja respecto a una decisión que toma MetroPlusHealth sobre un servicio cubierto solo por Medicare (como servicios quiroprácticos) usando el proceso de Medicare.

En la parte II del manual del miembro del <Plan de Atención Administrada de Medicaid de MetroPlusHealth/MetroPlusHealth Enhanced (HARP)>, se le informa cómo presentar una apelación (también conocida como apelación del plan) respecto a una decisión que MetroPlusHealth toma sobre un servicio cubierto solo por Medicaid (como servicios de atención personal) usando el proceso de Medicaid.

En el caso de servicios cubiertos por Medicare y Medicaid, puede presentar una apelación usando el proceso de Medicare, el proceso de Medicaid o ambos procesos.

- Si sigue el proceso de Medicare para apelar, no puede usar sus derechos de apelación de Medicaid, que incluyen el derecho a una audiencia imparcial del estado y pueden incluir también el derecho a una apelación externa.
- Si sigue el proceso de Medicaid para apelar, tendrá 60 días a partir del día del aviso de acción de MetroPlusHealth para ejercer sus derechos de apelación de Medicare en su lugar.

Ayuda para continuar mientras apela una decisión sobre su atención

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

Debe solicitar una apelación al plan de Medicaid:

- **Dentro de los diez (10) días posteriores a recibir la información de que su atención médica cambiará, o**
- **A más tardar en la fecha en que está programado el cambio del servicio, lo que sea posterior.**

Si la apelación al plan de Medicaid da como resultado otra denegación, es posible que tenga que pagar el costo de la continuación de beneficios que haya recibido.

Si no está conforme con la decisión de la apelación, puede volver a apelar.

- Si la apelación es de un servicio cubierto solo por Medicare, MetroPlusHealth pasará automáticamente su caso a la organización de revisión independiente (IRE, por sus siglas en inglés) de Medicare. Consulte el capítulo 9 de su EOC del Medicare Advantage D-SNP acerca de las apelaciones de nivel 2.

- Si la apelación es de un servicio cubierto solo por Medicaid, consulte la parte II del manual del miembro del <Plan de Atención Administrada de Medicaid de MetroPlusHealth/MetroPlusHealth Enhanced (HARP)> sobre cómo solicitar una audiencia imparcial. En algunos casos, también puede presentar una apelación externa.
 - Si solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión del funcionario de la audiencia imparcial será la que cuenta.
- Si la apelación es de un servicio cubierto por Medicare y Medicaid, MetroPlusHealth pasará automáticamente su caso a la IRE. También puede solicitar una audiencia imparcial. En algunos casos, también puede presentar una apelación externa. Consulte la parte II del manual del miembro del <Plan de Atención Administrada de Medicaid de MetroPlusHealth/MetroPlusHealth Enhanced (HARP)> sobre cómo solicitar una audiencia imparcial y presentar una apelación externa.
 - Si solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión del funcionario de la audiencia imparcial será la que cuenta.

Ayuda para continuar mientras espera la decisión de la audiencia imparcial de Medicaid

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

Debe solicitar la audiencia imparcial dentro de los siguientes plazos:

- **Dentro de los diez (10) días a partir de la fecha de la determinación adversa definitiva, o**
- **A más tardar en la fecha en que está programado el cambio del servicio, lo que sea posterior.**

Si la audiencia imparcial da como resultado otra denegación, es posible que tenga que pagar el costo de la continuación de beneficios que haya recibido.

Si no está conforme con la decisión de la apelación de nivel 2 de un servicio cubierto por Medicare, puede tener otros derechos de apelación. Para obtener más información sobre estas opciones de derechos de apelación, consulte el capítulo 9 de su EOC del Medicare Advantage D-SNP o llame a Servicios al Miembro.

Quejas

Por tener Medicare y Medicaid, la forma en la que presenta una queja sobre sus servicios dependerá de si el beneficio está cubierto por Medicare o por Medicaid.

En el capítulo 9 de su EOC del Medicare Advantage D-SNP, se le informa cómo presentar una queja respecto a beneficios de Medicare.

Anexo del manual del miembro modelo de atención administrada de Medicaid para el Programa de Beneficios Integrados para Afiliados con Doble Elegibilidad (IB-Dual)
 Servicios al Miembro: 800.303.9626 (TTY: 711)

En la parte II del manual del miembro del <Plan de Atención Administrada de Medicaid de MetroPlusHealth/MetroPlusHealth Enhanced (HARP)>, se le informa cómo presentar una queja respecto a beneficios de Medicaid.

En el caso de quejas respecto a sus beneficios de Medicare y Medicaid, puede presentar una queja usando el proceso de Medicare, el proceso de Medicaid o ambos.

- Si sigue el proceso de Medicaid para presentar una queja y no está de acuerdo con la decisión que MetroPlusHealth haya tomado sobre ella, puede presentar una apelación de la queja ante MetroPlusHealth.