

CENTERS PLAN FOR MEDICAID ADVANTAGE PLUS (MAP)

Servicios al Miembro

Si tiene preguntas o necesita ayuda, escribanos al:

Centers Plan for Healthy Living
75 Vanderbilt Ave, Suite 700
Staten Island, NY 10304

O llámenos entre las 8 a. m. y las 8 p. m., los 7 días de la semana al
1-833-CPHL MAP (1-833-274-5627) (número gratuito).

Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al: 1-800-421-1220.

Si tiene una inquietud urgente, el personal de CPHL está disponible para brindarle ayuda. Para comunicarse con nosotros las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llame al:

1-833-274-5627 (número gratuito)

TTY/TDD: 1-800-421-1220

Llámenos si necesita comunicarse con un miembro de su equipo de administración de cuidados, preguntar sobre beneficios y servicios, obtener ayuda con remisiones, reemplazar algún material del plan de MAP, obtener ayuda en la elección o el cambio de su médico o si tiene preguntas.

Si no habla inglés, podemos suministrarle una versión impresa del manual de miembro en otros idiomas. También utilizamos un servicio que puede suministrar servicios de traducción en diferentes idiomas. Llámenos sin costo al número 1-833-274-5627 para obtener información adicional.

如果您不使用英語，我們將為您提供您所需語言的會員手冊。我們的服務同樣提供多語言翻譯服務。請致電免費電話 1-833-274-5627 連絡我們以獲得更多資訊。

Contamos con servicios específicos para personas con necesidades especiales. Si usted tiene necesidades especiales, llámenos y le brindaremos ayuda adicional. Lo ayudaremos a encontrar servicios de proveedores que comprendan y estén preparados para cubrir sus necesidades especiales. Podemos brindarle materiales en letra grande si los solicita. Podemos ayudarlo a obtener Voz transportada (Voice Carry-Over, VCO) o un teletipo (Text Telephone Device, TTY) para hacer la comunicación más fácil.

Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-800-421-1220.

Acerca de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus

Centers Plan for Medicaid Advantage Plus está diseñado para aquellas personas que poseen Medicare y Medicaid y que necesitan servicios de salud y de cuidados a largo plazo, tales como cuidados en el hogar y servicios de cuidado personal. Nuestra meta es ayudar a nuestros miembros a que permanezcan seguros en sus hogares y comunidades.

Sobre este manual del miembro

Usted recibe el manual del miembro durante nuestra inscripción para ayudarlo a aprender sobre el programa. Además, la evidencia de cobertura de Medicare de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO SNP) describe los beneficios que recibe en la sección sobre Medicare del plan. Lea detenidamente tanto este manual del miembro como la evidencia de cobertura y consúltelos cuando necesite información sobre el funcionamiento del plan. Necesitará los dos para conocer qué servicios están cubiertos y cómo obtenerlos.

Si decide inscribirse en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus, este manual, junto con la evidencia de cobertura de Medicare de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO SNP), se convierte en su guía para los servicios.

Puede encontrar una versión electrónica de estos documentos en nuestro sitio web en www.centersplan.com o puede solicitarlos en cualquier momento llamando al 1-833-274-5627.

Tarjeta de membresía

Su tarjeta de identificación del miembro de Centers Plan for Healthy Living (CPHL), la cual se le entregará poco después de la inscripción, les indicará a los proveedores que usted está inscrito en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (MAP). Es aconsejable que siempre lleve con usted esta tarjeta, así como cualquier otra tarjeta de seguro.

 CENTERS PLAN FOR HEALTHY LIVING A CENTERS HEALTH CARE COMPANY			
Name	[Member Name]	Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (MAP)	
Effective Date	[00/00/00]	Medicare Issuer	[XXXXX]
ID #	[000000000]	Plan Type	SNP
PCP Name	[Provider Name]		
PCP Phone	[Phone #]		
Copay	PCP \$0		
	Specialist \$0		
RxBIN 015574	RxPCN ASPROD1	MedicareRx Prescription Drug Coverage	
RxGRP CPL01		CMS H6988-004	

For Members: Member Services Phone: 1-833-274-5627 TTY/TDD: 1-800-421-1220 7 Days a week, 8am-8pm www.centersplan.com	Medical Claims Change Healthcare Payer ID: CPHL or CPHL1 Centers Plan for Healthy Living P.O. Box 21033 Eagan, MN 55121
Pharmacy Claims MedImpact Healthcare Systems, Inc. P.O. Box 09108 San Diego, CA 92150-9108 Fax: 1-858-549-1569 E-Mail: Claims@MedImpact.com	Claim Inquiry: 1-844-292-4211, Option 2
Pharmacy Help Desk: MedImpact - 1-888-807-5717	MAGNACARE™ CPHL Network

Consejos para nuevos miembros

- Conserve este manual del miembro y la evidencia de cobertura de Medicare de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO SNP) en un lugar donde sabe que puede encontrarlos fácilmente.
- Conserve la carta de bienvenida que viene con la tarjeta de identificación. Esta incluye números importantes para acceder a servicios, como el odontológico, de audición, oftalmológico y de transporte médico.
- Ponga los números de teléfono de contacto de CPHL cerca de su teléfono o en otro lugar fácil de acceder, como su refrigerador.

Índice

SECCIÓN	PÁGINA
1. Bienvenido a Centers Plan for Healthy Living	1
2. Características especiales de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus	2
3. Ventajas de inscribirse en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus	7
4. Beneficios y cobertura/coordinación de otros servicios médicos	8
5. Planificación de cuidados	25
6. Servicios de emergencia	31
7. Cuidados recibidos fuera del área de servicio de Centers Plan for Healthy Living	32
8. Cuidados de transición y especializados	33
9. Elegibilidad	35
10. Inscripción y fechas de entrada en vigencia de la cobertura	38
11. Desafiliación y finalización de beneficios	41
12. Cláusulas sobre reinscripción	45
13. Excedente o gasto reducido mensual	46

14. Resolución de problemas y quejas de los miembros	47
15. Sus derechos y responsabilidades como miembro de CPHL	61
16. Protección de la confidencialidad de los miembros.	68
17. Programa de mejora y aseguramiento de la calidad	70

1. Bienvenido a Centers Plan for Healthy Living

Centers Plan for Healthy Living (CPHL) se complace en presentarle el plan Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (MAP). Le damos la bienvenida como miembro y le recomendamos encarecidamente que revise este manual con atención. No dude en hacer preguntas sobre cualquiera de las secciones.

Si necesita ayuda para entender la información contenida en este manual, comuníquese con Servicios al Miembro de CPHL los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. al 1-833-274-5627. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-800-421-1220.

Para inscribirse en nuestro programa, usted debe cumplir con criterios de elegibilidad, tal como se describe en la Sección 9, Elegibilidad.

CPHL lo ayudará a seguir siendo tan independiente como sea posible. CPHL ofrece y coordina servicios diseñados para que pueda continuar viviendo en su propio hogar por tanto tiempo como sea posible. CPHL logra esto al ofrecerle un paquete integral de beneficios de servicios cubiertos y al coordinar los servicios de Medicaid y Medicare que usted necesite. Su equipo de administración de cuidados trabajará con usted y su familia para coordinar y ofrecerle el cuidado que necesite.

Si tiene una inquietud urgente, el personal de CPHL está disponible para brindarle ayuda. Para comunicarse con nosotros las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llame al:

1-833-274-5627 (número gratuito)
TTY/TDD: 1-800-421-1220

2. Características especiales de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus

Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (MAP) ayuda a las personas de 21 años en adelante a través de la coordinación y el suministro de servicios de atención médica para vivir de forma segura en el hogar por tanto tiempo como sea posible. Si es elegible y decide inscribirse en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus, usted acepta recibir servicios cubiertos (vea la Sección 4) únicamente de CPHL y de su red de proveedores, según lo dispuesto en su plan de cuidados. Los siguiente elementos son esenciales para Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (MAP):

A. El equipo de administración de cuidados de CPHL: Luego de inscribirse, se le asignará un equipo de administración de cuidados. Para ayudar a gestionar sus problemas crónicos de salud, el equipo de administración de cuidados de CPHL vigilará los cambios en su estado de salud, brindará los cuidados adecuados y fomentará la independencia. El equipo de administración de cuidados está conformado por enfermeras, trabajadores sociales y coordinadores de servicios. Si en cualquier momento usted no se siente satisfecho con su equipo de administración de cuidados, puede hablar con el supervisor del equipo de administración de cuidados para un cambio.

Los miembros de su equipo de administración de cuidados están disponibles para ayudarlo con cualquier problema. Para áreas específicas de interés, puede llamar a su equipo de administración de cuidados como se describe a continuación:

- Comuníquese con su equipo de administración de cuidados para asuntos relacionados con la salud (como medicamentos, síntomas, suministros, coordinación con su médico, etc.).
- Comuníquese con su equipo de administración de cuidados para asuntos relacionados con Medicare y Medicaid, otro seguro, vivienda, recursos y programas comunitarios o asesoramiento individual o familiar.

Para decidir qué servicios son más importantes para ayudarlo a permanecer en casa, su equipo de administración de cuidados controlará y evaluará de forma regular su estado de salud. En colaboración con usted y con su médico, su equipo desarrollará un plan de cuidados diseñado para cubrir sus necesidades de cuidados médicos. El plan de cuidados incluirá sus metas, objetivos y necesidades especiales. Su plan de cuidados cambiará según cambien sus necesidades y condiciones, y se reevaluará al menos cada 6 meses.

Su equipo de administración de cuidados coordinará los servicios que reciba y se comunicará con su médico según sea necesario.

Cuando coordinamos sus servicios, los miembros de nuestro equipo de administración de cuidados pueden ayudarlo a concertar sus citas médicas, así como el transporte hacia y desde estas citas, según sea necesario. Su equipo de administración de cuidados también se comunica con los proveedores para temas relacionados con todos los servicios que CPHL cubre.

Cuando sea necesario, su equipo de administración de cuidados también podría modificar su vivienda para aumentar la seguridad y la conveniencia, así como coordinar la asistencia de la familia, los amigos y los vecinos.

Al ayudarlo a administrar todos los aspectos de su cuidado, su equipo de administración de cuidados puede identificar problemas de forma temprana, prevenir que los problemas empeoren y ayudarlo a evitar viajes al hospital o a la sala de emergencias.

B. Acceso a cuidados: Antes de que usted pueda recibir la mayoría de los servicios que se cubren, CPHL debe autorizar el servicio. Algunos de los servicios que se cubren requieren de la orden de un médico. Sin embargo, no se necesita autorización en caso de una emergencia o en una situación de urgencia, tal como se describe en la Sección 6.

También puede ir al podólogo, al odontólogo, al audiólogo y al optometrista para evaluaciones y servicios de rutina sin ninguna autorización previa de CPHL. Para servicios odontológicos, llame a Healthplex al 1-800-468-9868. Para optometría, llame a VSP al 1-800-877-7195.

C. ¿Dónde recibirá los servicios de cuidado a largo plazo? La mayoría de los servicios de cuidado a largo plazo cubiertos se proveen en su hogar. Hay otros servicios disponibles en la comunidad a través de nuestros centros diurnos para adultos y otros proveedores contratados. Tendrá acceso a los servicios de odontología, podología y audiología por parte de los proveedores

contratados en sus consultorios médicos. Si es necesario, puede recibir servicios hospitalarios en un hogar de ancianos de uno de nuestros proveedores de la red contratada. Para obtener más información sobre la parte de servicios cubiertos de Medicare, consulte la evidencia de cobertura de Medicare de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO SNP).

Su equipo de administración de cuidados lo ayudará a identificar proveedores de servicios cubiertos y no cubiertos.

D. Red de proveedores: Usted recibirá un directorio de proveedores al inscribirse. También puede solicitar un directorio de proveedores en cualquier momento y se lo enviaremos por correo. Tiene la libertad de elegir cualquier proveedor de esta lista para los servicios cubiertos. CPHL lo ayudará a elegir o cambiar a un proveedor para los servicios cubiertos y no cubiertos. Puede cambiar a otro proveedor de la red en cualquier momento. El proveedor se cambiará apenas sea posible, con base en la disponibilidad de su solicitud.

Los proveedores de la red recibirán el pago completo de CPHL por cada servicio autorizado y brindado, sin copago o costo para usted. Aunque no hay ningún costo para usted por servicios individuales, si tiene un gasto reducido mensual de Medicaid, según lo determinado por la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration, HRA) de la ciudad de Nueva York o el Departamento Local de Servicios Sociales (Local Department of Social Services, LDSS), CPHL le enviará una factura por este monto. Vea la Sección 13, gasto reducido mensual.

Si recibe una factura por servicios cubiertos autorizados por CPHL, comuníquese con nuestros Servicios al Miembro. Es posible que deba pagar por servicios cubiertos que no fueron autorizados por CPHL o por servicios cubiertos que se obtuvieron de proveedores fuera de la red de CPHL.

Si tiene preguntas sobre las certificaciones de algún proveedor, puede preguntar a su equipo de administración de cuidados o llamar a Servicios al Miembro.

E. Flexibilidad de los cuidados: CPHL tiene flexibilidad en el ofrecimiento de cuidados según sus necesidades y puede ofrecerle los servicios que son esenciales para cubrir dichas necesidades.

3. Ventajas de inscribirse en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus

CPHL está diseñado y desarrollado específicamente para promover la independencia de adultos frágiles al ofrecerles servicios integrales y coordinados de cuidados a largo plazo mediante una organización única. Otras ventajas de participar en el plan son:

- Un equipo de administración de cuidados conformado por profesionales dedicados y calificados que llegan a conocerlo personalmente.
- Un equipo de administración de cuidados que está presente para supervisar y coordinar sus cuidados ya sea en casa, en un hospital o en una residencia geriátrica.
- Apoyo para la familia y cuidadores en sus esfuerzos para ayudarlo a permanecer en su propio hogar.

4. Beneficios y cobertura/coordinación de otros servicios médicos¹

Debido a que usted posee Medicaid y es elegible para Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (MAP), los siguientes beneficios se cubren por completo cuando se especifican en su plan de servicio. **Servicios cubiertos por Centers Plan for Medicaid Advantage Plus:**

¹ Los beneficios no pueden transferirse de usted a ninguna persona ni organización.

Servicios cubiertos	Definición
<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="219 283 820 388">• Deducibles y copagos para los servicios cubiertos de Medicare.	<p data-bbox="893 273 1421 1543">Una gran parte de los servicios que recibe, incluidos los servicios de hospitalización y ambulatorios, las consultas médicas, los servicios de emergencia y las pruebas de laboratorio son cubiertos por Medicare y se enumeran en la evidencia de cobertura de Medicare de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO SNP). Si hay una prima, copago o deducible, usted no tendrá que pagarlos, ya que cuenta con Medicaid. Centers Plan for Medicaid Advantage Plus también cubrirá muchos de los servicios que no son cubiertos por Medicare. Las secciones a continuación le explicarán qué servicios están cubiertos.</p>

Servicios cubiertos	Definición
<ul style="list-style-type: none"> • Administración de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • La administración de cuidados es un proceso que garantiza la vigilancia, la coordinación y el apoyo consistentes a los miembros y a sus familias en el acceso a los servicios cubiertos por el plan MAP, así como a los servicios no cubiertos.
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados en hogar de ancianos (para estadías no cubiertas por Medicare) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados a corto o a largo plazo que se ofrecen en una instalación residencial autorizada del estado de Nueva York o en un hogar de ancianos especializado del estado de Nueva York. Se ofrecen cuidados a los miembros a través de las instalaciones de la red CPHL.

Servicios cubiertos	Definición
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de salud mental para pacientes hospitalizados (para cuidados no cubiertos por Medicare) 	<ul style="list-style-type: none"> • Los cuidados de salud mental para pacientes hospitalizados que sobrepasen el límite de 190 días de por vida de Medicare requieren de una orden médica, previa aprobación, y estos deben ser clínicamente necesarios. Se ofrecen cuidados a los miembros a través de las instalaciones de la red CPHL.
<ul style="list-style-type: none"> • Transporte por razones médicas que no son de emergencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Viaje en unidad de traslado para discapacitados, taxi o taxi médico para recibir servicios y atención médica necesaria cubierta.
<ul style="list-style-type: none"> • Podología, incluido el cuidado de rutina para los pies 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de un podólogo que pueden incluir cuidado de rutina para los pies, cuando se llevan a cabo como parte necesaria e integral de la atención médica, como por ejemplo el diagnóstico y tratamiento de diabetes, úlceras e infecciones.

Servicios cubiertos	Definición
<ul style="list-style-type: none"> • Optometría (incluye anteojos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Incluye los servicios de un optometrista y de un distribuidor oftálmico e incluye anteojos, lentes de contacto médicamente necesarios y otras ayudas para personas con una visión deficiente. El optometrista puede llevar a cabo un examen oftalmológico para detectar defectos y enfermedades de la vista, según sea necesario, o según lo requiera la condición del miembro.
<ul style="list-style-type: none"> • Audiología • Prótesis auditivas y baterías 	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de audiología incluyen exámenes, pruebas, evaluación de prótesis auditivas y recetas médicas. • Los servicios de prótesis auditivas incluyen selección, ajuste, remplazo, ajustes especiales y baterías.

Servicios cubiertos	Definición
<ul style="list-style-type: none"> • Atención odontológica 	<ul style="list-style-type: none"> • Incluye, entre otros: exámenes de rutina, atención odontológica preventiva y terapéutica, dentaduras y suministros.
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico 	<ul style="list-style-type: none"> • Incluye baterías para prótesis auditivas, prótesis, órtesis y calzado ortopédico.
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Artículos para uso médico además de medicamentos, los cuales tratan una condición médica específica como la diabetes. Puede incluir apósitos para heridas y otros suministros terapéuticos recetados.
<ul style="list-style-type: none"> • Suplementos nutricionales enterales y parenterales 	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementos nutricionales líquidos según sean recetados. Limitado a beneficiarios que reciben alimentación por vía sonda nasogástrica, yeyunostomía o sonda gástrica y a beneficiarios con trastornos metabólicos congénitos.

Servicios cubiertos	Definición
<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de respuesta personal ante emergencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Un dispositivo electrónico que les permite a los miembros garantizar la ayuda en caso de una emergencia física, emocional o ambiental. En caso de una emergencia, la señal es recibida y respondida apropiadamente por un centro de respuesta.
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyos sociales y ambientales 	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios y artículos incluyen, entre otros, tareas de mantenimiento del hogar, servicios de ama de casa o de cuidado, mejoras al hogar y asistencia de relevo.
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación alimenticia 	<ul style="list-style-type: none"> • Un Dietista Registrado (Registered Dietician, RD) o Técnico Dietista (Diet Technician, DT) hace recomendaciones específicas para servicios al equipo de administración de cuidados y al miembro.

Servicios cubiertos	Definición
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de salud a domicilio 	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios incluyen: enfermería, ayuda para el cuidado personal, nutrición, trabajo social y rehabilitación como terapia física, terapia ocupacional y patología del habla y lenguaje.
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería intermitentes y a tiempo parcial Los servicios de enfermería deben ser ofrecidos por Enfermeras Registradas (Registered Nurse, RN) o por Enfermeras Practicantes Licenciadas (Licensed Practical Nurse, LPN). Los servicios de enfermería incluyen atención provista directamente a la persona e instrucciones dadas a un cuidador sobre los procedimientos necesarios para el tratamiento o mantenimiento del miembro.

Servicios cubiertos	Definición
<ul style="list-style-type: none"> • Educación para la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros reciben nuestro boletín trimestral llamado “Healthy Living”, el cual contiene información útil sobre el bienestar de nuestros miembros. Consulte el sitio web de CPHL para obtener recursos educativos adicionales.
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia con una o más actividades de la vida diaria, como caminar, cocinar, limpiar, bañarse, usar el baño, higiene personal, vestirse, alimentarse, funciones de apoyo nutricional y ambiental.

Servicios cubiertos	Definición
<p>Rehabilitación ambulatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="224 331 495 367">• Terapia física <li data-bbox="224 667 613 703">• Terapia ocupacional <li data-bbox="224 1024 565 1060">• Terapia del habla 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="854 331 1404 640">• Rehabilitación que utiliza ejercicios y equipo específicamente diseñados para ayudar a los pacientes a recuperar o a mejorar sus habilidades físicas. <li data-bbox="854 657 1404 1018">• Rehabilitación que utiliza ejercicios y equipo específicamente diseñados para ayudar a los pacientes a recuperar o a mejorar sus habilidades para llevar a cabo actividades de la vida diaria. <li data-bbox="854 1035 1388 1234">• Servicios de rehabilitación para la recuperación del paciente a su nivel funcional en el habla o lenguaje. <p data-bbox="854 1308 1404 1822">La fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla están limitadas a veinte (20) consultas por terapia al año. La fisioterapia ocupacional está limitada a cuarenta (40) visitas al año. Usted puede ser elegible para servicios adicionales si se considera médicamente necesario.</p>

Servicios cubiertos	Definición
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Información, remisión y asistencia en la obtención o mantenimiento de beneficios o asistencia financiera, asistencia médica, cupones para alimentos y vivienda para ayudar al miembro a permanecer en la comunidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de comidas a domicilio 	<ul style="list-style-type: none"> • Comidas que se entregan a miembros sin instalaciones de cocina o con otras circunstancias especiales.
<ul style="list-style-type: none"> • Atención médica diurna para adultos 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención y servicios ofrecidos en un centro de salud que incluyen: servicios médicos, de enfermería, nutricionales, sociales, de terapia de rehabilitación, de actividades en el tiempo libre, odontológicos u otros.
<ul style="list-style-type: none"> • Atención social diurna 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención y servicios ofrecidos en un centro que brinda socialización, supervisión, vigilancia y nutrición.
<ul style="list-style-type: none"> • Telehealth 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención y educación electrónica remota.

Servicios cubiertos	Definición
<ul style="list-style-type: none"> • CDPAS: Servicios de Asistencia Personal Dirigidos al Consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Un programa especializado en el que el miembro, o un representante designado que actúa oficialmente en nombre del miembro, dirige y administra por sí mismo la atención personal del miembro y otros servicios autorizados. Un miembro de los CDPAS tiene la libertad de elegir a su auxiliar personal. El miembro o representante designado es responsable de la contratación, capacitación, supervisión y, si es necesario, rescisión del empleo de su auxiliar. Si está interesado en CDPAS, hable con su Gestor de Cuidados.

Servicios no cubiertos:

Existen algunos servicios de Medicaid que no son cubiertos por Centers Plan for Medicaid Advantage Plus. Puede obtener estos servicios de parte de cualquier proveedor que acepte Medicaid al utilizar su Tarjeta de beneficios de Medicaid. Llame a Servicios al Miembro de CPHL al 1-833-274-5627 (número gratuito). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-800-421-1220.

A continuación, se muestra una lista con algunos servicios que no son cubiertos por Centers Plan for Medicaid Advantage Plus:

- Servicios de cuidados paliativos proporcionados a los miembros de Medicare Advantage Plan.
- Servicios de planificación familiar fuera de la red.
- Beneficios de farmacia de Medicaid.
 - La mayoría de los medicamentos recetados son cubiertos por Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO SNP) según lo dispuesto en el Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura (EOC) de Medicare de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO SNP). La cobertura regular de Medicaid cubrirá algunos de los medicamentos no cubiertos por Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO SNP) o Medicare.
- Ciertos servicios de salud mental, incluidos los siguientes:
 - Programas de tratamiento intensivo para rehabilitación psiquiátrica (IPRT).
 - Tratamiento diurno continuo.
 - Administración de casos para pacientes con enfermedades mentales graves y persistentes (patrocinada por unidades de salud mental estatales y locales).
 - Hospitalizaciones parciales.

- Tratamiento Asertivo en la Comunidad (Assertive Community Treatment, ACT).
- Servicios personalizados de recuperación (Personalized recovery oriented services, PROS).
- Servicios de rehabilitación que se prestan a personas que viven en residencias comunitarias (Community Residence, CR) y programas de tratamiento basados en la familia.
- Oficina de servicios para personas con discapacidades del desarrollo (OPWDD).
- Gestión integral de casos de Medicaid.
- Programa de exención de Servicios Basados en la Comunidad y el Hogar.
- Terapia de observación directa para la tuberculosis.
- Atención médica diurna para adultos con SIDA.
- Programa de vida asistida.

Atención en un hogar de ancianos

Puede haber ocasiones en las que su médico, su equipo de administración de cuidados, usted y su familia deciden que el mejor cuidado a corto o largo plazo para usted es el ingreso en un hogar de ancianos. Esto puede ser porque su hogar ya no es el mejor lugar para cuidar de usted de forma segura y cómoda. El equipo de administración de cuidados de CPHL coordinará y asistirá cuidadosamente con este ingreso. Usted seguirá siendo un miembro de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus durante su estadía en la residencia geriátrica.

Cuando se requiere atención en una residencia geriátrica, el ingreso y la atención se brindarán en un centro de la red. El plan de no cubre comodidades personales como alquiler de teléfono, radio o televisión.

CPHL se compromete a ingresar a miembros que necesitan de atención especializada en un centro geriátrico al entorno más integrado y menos restrictivo disponible. La recomendación para el ingreso a una residencia geriátrica puede basarse sobre una necesidad médica y sobre si un miembro tiene o no la capacidad de permanecer de forma segura en su hogar o comunidad. Si una residencia geriátrica dentro de la red no puede cubrir sus necesidades, se puede elegir una residencia geriátrica fuera de la red. Si CPHL decide finalizar un acuerdo contractual con la residencia geriátrica en la que vive, puede seguir viviendo en dicha residencia geriátrica. CPHL se concentrará en sus necesidades, deseos y metas.

Servicios para veteranos

Nos enorgullece ofrecer atención domiciliaria para veteranos a nuestros miembros que son: Veteranos de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, cónyuges de veteranos de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o padres de soldados caídos en combate o en apoyo a alguna actividad militar. Nuestro equipo de administración de cuidados identificará a los miembros de CPHL elegibles para estos servicios especiales. Si usted es elegible para recibir nuestros servicios especiales para veteranos y quisiera que se le brinde atención de residencia geriátrica en una residencia para veteranos del estado de Nueva York en nuestra área de servicio, nos esforzaremos para brindar este cuidado a través de una residencia para veteranos dentro de la red. En el caso de que, a pesar de nuestros esfuerzos, no podamos hacer los arreglos para su cuidado en una residencia para veteranos dentro de la red, le ofreceremos atención fuera de la red

en una residencia para veteranos hasta que usted pueda cambiarse a un plan de Medicaid Advantage Plus (MAP) que tenga una residencia para veteranos dentro de la red en el estado. Le ayudaremos a notificar a New York Medicaid Choice (NYMC) sobre su solicitud de atención en una residencia para veteranos del estado.

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

Esta sección explicará los servicios y ayudas que están disponibles para usted mediante Money Follows the Person (MFP)/Open Doors. MFP/Open Doors es un programa que puede ayudarlo a cambiarse de una residencia geriátrica a su casa o residencia en la comunidad.

Usted puede calificar para MFP si:

- Ha vivido en un hogar para ancianos durante tres meses o más, y,
- Tiene necesidades médicas que se pueden cubrir mediante servicios en su comunidad.

MFP/Open Doors cuenta con personas llamadas Especialistas de Transición y Compañeros, quienes pueden reunirse con usted en el hogar de ancianos y hablar con usted sobre regresar a la comunidad. Los Especialistas de Transición y Compañeros son diferentes a los Gestores de Cuidado y Planificadores de Alta. Pueden ayudarlo al:

- Darle información sobre servicios y ayudas en su comunidad.
- Encontrar servicios ofrecidos en su comunidad para ayudarlo a ser independiente.
- Visitarlo o llamarlo después de su mudanza para asegurar que tiene en casa lo que necesita.

Para más información sobre MFP/Open Doors o para planificar una visita de un Especialista de Transición o Compañero, llame a la New York Association on Independent Living al 1-844-545-7108 o envíe un correo electrónico a mfp@health.ny.gov. También puede visitar MFP/Open Doors en internet en www.health.ny.gov/mfp o www.ilny.org.

5. Planificación de cuidados

Planificación de cuidados y administración de cuidados

Al inscribirse, usted, su médico y el equipo de administración de cuidados de CPHL trabajarán juntos para desarrollar un plan de cuidados que cubra sus necesidades y que sea médicamente necesario.

El Plan de Servicios Centrado en la Persona (Person Centered Service Plan, PCSP) es una descripción escrita de todos los servicios que usted necesita. Se basa en la evaluación que el equipo de administración de cuidados hace de sus necesidades de atención médica, las recomendaciones de su médico y los comentarios de usted y de su familia o cuidadores.

Su equipo de administración de cuidados vigilará y evaluará de manera continua su estado de salud y sus necesidades de cuidados. Su PCSP incluirá al menos 1 llamada de nuestro equipo de administración de cuidados por mes y 1 visita a domicilio de nuestro equipo de administración de cuidados cada 6 meses. A medida que sus necesidades cambien, su PCSP se cambiará para asegurar que el plan incluya todos los servicios que actualmente necesita. Esto incluirá aumentar o disminuir servicios y cambiar los servicios ofrecidos. (Consulte el apartado “Solicitar servicios adicionales” o “Cambios al servicio del plan de cuidado” y “Autorización para servicios” más adelante en esta sección). Se hará una reevaluación formal al menos cada ciento ochenta (180) días. Cuando hagamos nuestra evaluación inicial o cualquier reevaluación, le daremos información sobre servicios, incluidos los servicios como CDPAS, para el cual podría ser elegible.

Para facilitar la supervisión de su cuidado y la evaluación de sus necesidades, es importante que hable con los miembros de su equipo de administración de cuidados para informarles sobre lo que usted necesita. También es importante informarles sobre cuándo ha utilizado un servicio no cubierto. Consulte la Sección 4 para ver una lista de los

servicios cubiertos y no cubiertos. Al hacer esto, ayudará a su equipo de administración de cuidados a gestionar sus cuidados de la mejor forma posible.

Un miembro de su equipo de administración de cuidados organizará los servicios cubiertos que usted necesita. Dentro de estos servicios cubiertos se incluyen: el arreglo de un transporte hacia y desde todas las citas relacionadas con la salud que no sean de emergencia, brindarle comidas de entrega a domicilio y organizar la atención en el hogar.

Un miembro de su equipo de administración de cuidados también puede ayudarlo con el acceso a servicios no cubiertos si lo necesita. Esto significa, por ejemplo, que su equipo de administración de cuidados puede ayudarlo a identificar proveedores de servicios no cubiertos y a programar sus citas con su médico, o con un laboratorio, y a organizar un transporte hacia y desde dichas citas. Esto también podría significar que su equipo de administración de cuidados le ayudará con el acceso a servicios ambulatorios de hospital.

Un miembro del equipo de administración de cuidados de CPHL está disponible las 24 horas del día, siete días a la semana, para responder preguntas sobre su plan de cuidados y para ayudarlo en el acceso a servicios cubiertos y no cubiertos.

Autorización para servicios

Al inscribirse, usted, su médico y su Gerente de cuidados crearán un plan de cuidados que cubra sus necesidades médicas.

La mayoría de los servicios cubiertos que usted recibe deben ser autorizados por CPHL. Algunos de los servicios también requieren de la orden de un médico. Los servicios que requieren de la orden de un médico incluyen el cuidado de salud a domicilio, el cuidado en residencia geriátrica, terapias de rehabilitación, equipo médico duradero, prótesis y órtesis. El transporte que no es de emergencia,

apoyos ambientales y las comidas entregadas a domicilio deben ser autorizadas por su equipo de administración de cuidados, pero no requieren de la orden de un médico. También puede ir al podólogo, odontólogo, audiólogo y optometrista para evaluación y servicios de rutina sin ninguna autorización previa de su equipo de administración de cuidados.

Si tiene acceso a estos servicios por su cuenta, CPHL recomienda que se comunique con un miembro de su equipo de administración de cuidados apenas pueda para informarles. Esto ayudará al equipo de administración de cuidados a gestionar mejor sus necesidades de atención médica.

Si usted necesita ayuda para acceder a cualquier servicio cubierto, debería conversar con cualquier miembro de su equipo de administración de cuidados. Un miembro de su equipo de administración de cuidados puede ayudarlo a programar un transporte y a hacer una cita con un proveedor.

Los servicios de atención de urgencia o de emergencia no necesitan ser ordenados por su médico ni autorizados por su equipo de administración de cuidados.

Si CPHL decide restringir, reducir, suspender o finalizar un servicio previamente autorizado dentro de un periodo de autorización, le proporcionaremos un aviso escrito al menos 10 días antes de la fecha efectiva de la decisión prevista. Tiene derecho a apelar nuestra decisión. Consulte la Sección 14, Resolución de problemas y quejas de los miembros, para obtener más detalles.

Solicitar servicios adicionales o cambios al servicio del plan de cuidado

Si usted o su médico sienten que usted necesita un servicio cubierto o le gustaría cambiar su plan de cuidado, debería comunicarse con cualquier miembro de su equipo de administración de cuidados. Su equipo de administración de cuidados revisará a solicitud y reevaluará

sus necesidades para determinar si es médicamente necesario. El posible que su equipo de administración de cuidados consulte con su médico sobre los servicios y otros cambios que usted haya solicitado.

Si CPHL determina que su solicitud es médicamente necesaria, se ofrecerá el servicio y su plan de cuidados se modificará. Si su solicitud es denegada, usted recibirá un aviso de decisión concerniente a la denegación. CPHL le dará un aviso de decisión siempre que se le deniegue o limiten servicios que usted o un proveedor a su nombre solicite. Consulte la Sección 14, Resolución de problemas y quejas de los miembros.

Existen tipos específicos de solicitudes llamados Autorización previa o Revisión concurrente, los cuales se pueden manejar como estándar o urgente. Las siguientes son definiciones para cada una de estas:

Solicitud de autorización previa: es una revisión de una solicitud hecha por usted o por su proveedor a su nombre para la cobertura de un nuevo servicio o el cambio en un servicio según lo determinado en el plan de cuidados para un nuevo periodo de autorización. Estas solicitudes se hacen antes de que usted reciba los servicios que nos solicite.

Solicitud de revisión concurrente: es una revisión de su solicitud o de la de su proveedor de atención médica para servicios adicionales (por ejemplo, más de lo mismo) que actualmente están autorizados en el plan de cuidados o para los servicios de atención médica domiciliaria cubiertos por Medicaid luego de que lo hayan hospitalizado.

Revisiones urgentes o estándares: la mayoría de las solicitudes se manejan a través de plazos estándares, a menos que el equipo de administración de cuidados, junto con el director médico, determine, o el proveedor indique, que un retraso pondría en grave peligro su vida, salud o capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función

máxima. Puede solicitar una revisión urgente de una autorización previa o de una revisión concurrente. La solicitud para una revisión urgente puede realizarse ya sea por teléfono o por escrito, sin embargo, si realiza la solicitud por teléfono, usted no tiene que hacer seguimiento con una solicitud por escrito. Si el equipo de administración de cuidados, junto con el director médico, considera que un retraso no pondría en peligro su vida, salud o capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, la solicitud para una revisión urgente será denegada por escrito. Si denegamos su solicitud de revisión urgente, le enviaremos un aviso de que la hemos denegado y de que trataremos su solicitud como una revisión estándar. Manejaremos las apelaciones de decisiones resultantes de una revisión concurrente como revisiones urgentes.

Hay plazos específicos a los que CPHL debe adherirse para revisar sus solicitudes. Dependiendo de si la solicitud es una autorización previa o una revisión concurrente, estos plazos son:

Autorización previa

- Urgente – 3 días laborables desde su solicitud para el servicio.
- Estándar – dentro de los 3 días laborables siguientes a la recepción de toda la información necesaria, pero no más de 14 días luego de la recepción de su solicitud para servicios.

Revisión concurrente

Tomaremos una decisión y le ofreceremos un aviso de la determinación por teléfono y por escrito, tan rápido como su condición lo amerite y en un tiempo no mayor a:

- Urgente – 1 día hábil luego de la recepción de toda la información necesaria, pero no más de 3 días laborables luego de la recepción de su solicitud para servicios.

- Estándar – 1 día hábil luego de la recepción de toda la información necesaria, pero no más de 14 días luego de la recepción de su solicitud para servicios.

Prórrogas

Usted o un proveedor a un nombre pueden solicitar prórrogas de plazos urgentes o estándares para hasta 14 días (por escrito o de forma oral al equipo de administración de cuidados). Es posible que CPHL también inicie una prórroga si podemos justificar la necesidad de información adicional y si la prórroga es en su mejor interés. Si solicitamos una prórroga, le notificaremos por escrito y lo ayudaremos a ubicar la información que le estamos solicitando señalándole los posibles lugares en los que podría hallar esta información.

Recibirá una notificación oral y escrita sobre esta solicitud. CPHL responderá a su solicitud para un cambio de servicio según los plazos anteriores. Si su solicitud es denegada, tiene derecho a presentar una apelación. Usted o el proveedor que solicitó la decisión expedita pueden apelar la decisión. Consulte la Sección 14, Resolución de problemas y quejas de los miembros, para obtener más detalles.

6. Servicios de emergencia

Una emergencia² es un cambio repentino en una condición médica o comportamiento que es tan grave que, si no se recibe atención médica, podría poner en grave peligro su salud.

Una emergencia médica puede incluir dolor fuerte, una herida o enfermedad repentina.

Cuando tenga una emergencia médica, usted o su cuidador deben llamar al **911**. Esta es la mejor manera de recibir la atención que necesita lo más pronto posible.

Puede llamar a nuestra línea telefónica de horario extendido para hablar con un Gestor de Cuidados si tiene preguntas urgentes o si necesita orientación en materia de salud. Hay alguien disponible para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Si necesita comunicarse con nosotros, puede llamar a los siguientes números:

1-833-274-5627

TTY/TDD: 1-800-421-1220

No necesita obtener aprobación previa de CPHL para recibir servicios de emergencia ni cuidados de emergencia. Tampoco necesita notificarnos por anticipado que está buscando cuidados o servicios de emergencia.

Después de recibir cuidados de emergencia, le pedimos que usted o su cuidador nos notifique lo más pronto posible. Esto nos ayudará a administrar sus cuidados de la mejor manera.

² Una emergencia es una condición médica o del comportamiento cuya aparición es repentina y tan grave que una persona prudente, que tiene un conocimiento promedio de medicina y salud, podría razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata ponga en grave peligro su salud o la de alguien más.

7. Cuidados recibidos fuera del área de servicio de Centers Plan for Healthy Living

Servicios planificados

Antes de dejar el área de servicio por un periodo extendido, debe asegurarse de notificar a su equipo de administración de cuidados. Puede comunicarse con nosotros las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando a los siguientes números:

1-833-274-5627

TTY/TDD: 1-800-421-1220

Si usted nos notifica antes de irse, podremos ayudarlo mejor a hacer arreglos de cuidados, como asegurarnos de que tenga medicamentos suficientes antes de partir.

Si usted nos ha notificado que deja el área de servicio, debe regresar dentro de los siguientes 30 días para que podamos mantenerlo como miembro de CPHL. Si no regresa dentro de ese plazo, lamentablemente tendremos que comenzar el proceso de desafiliación al final del periodo de treinta (30) días.

8. Cuidados de transición y especializados

Si usted está en el proceso de cambiarse desde un plan tradicional comunitario de cuidados a largo plazo de Medicaid a CPHL, seguiremos ofreciéndole los mismos servicios que ha estado recibiendo por un periodo mínimo de noventa (90) días. Si la orden de su médico para servicios está a punto de expirar y no podemos obtener una nueva orden médica, trabajaremos con su proveedor de cuidados médicos para obtener la mejor atención posible para usted, incluido un nivel mayor de cuidados.

Si nuestra evaluación interna conduce a una restricción, reducción, suspensión o finalización de servicios previamente autorizados, le haremos llegar un aviso que describa las apelaciones y el proceso de audiencia imparcial, sus derechos durante este proceso y su derecho a la continuidad de los servicios autorizados cuando solicite una audiencia imparcial.

Si, antes de inscribirse, usted estuviera siendo tratado por un proveedor fuera de la red por un tratamiento en marcha, le pagaremos al proveedor después de que usted se haya inscrito por un periodo de hasta noventa (90) días para cualquier servicio cubierto que reciba como parte del tratamiento. Sin embargo, para que podamos hacer esto, el proveedor debe aceptar lo siguiente:

- Aceptar la tasa de pago de CPHL como pago completo;
- Atenerse a las políticas y procedimientos de CPHL y;
- Suministrar al equipo de administración de cuidados de CPHL información médica sobre su plan de cuidados.

Si su proveedor de la red deja nuestra red mientras le atiende por un tratamiento en marcha y sigue atendiéndole después de haber dejado la red, le seguiremos pagando al proveedor por cualquier

servicio cubierto que usted haya recibido por un periodo de hasta noventa (90) días. Sin embargo, para que podamos hacer esto, el proveedor debe aceptar lo siguiente:

- Aceptar la tasa de pago de CPHL como pago completo;
- Atenerse a las políticas y procedimientos de CPHL y;
- Suministrar al equipo de administración de cuidados de CPHL información médica sobre su plan de cuidados.

Como miembro de CPHL, usted puede recibir una remisión a un proveedor de cuidados médicos fuera de la red en caso de que CPHL no cuente con un proveedor con el entrenamiento o experiencia adecuados para cubrir sus necesidades. En caso de que necesite de un proveedor fuera de la red, comuníquese con su equipo de administración de cuidados para que lo ayuden a conseguir una remisión.

9. Elegibilidad

Usted puede ser elegible para inscribirse en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus si consulta o desea consultar con los médicos de la red de CPHL y si cumple con los siguientes requisitos:

- Tiene al menos 21 años;
- Vive en un área de servicios de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (p. ej., en los condados de Bronx, Kings, Nassau, Nueva York, Queens, Richmond o Rockland);
- Es considerado como elegible para recibir la cobertura completa de Medicaid por HRA/LDSS;
- Es elegible para las partes A y B de Medicare;
- No padece de Insuficiencia Renal Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD). Algunas excepciones aplican.
- Si es la primera vez que recibe servicios de cuidados a largo plazo, usted debe considerarse elegible para un nivel de atención en un hogar de ancianos por parte del Centro de Inscripción y Evaluación sin Conflictos (Conflict Free Evaluation and Enrollment Center, CFEEC) de York Medicaid Choice para el momento de su inscripción;
- Y:
- Debe requerir de servicios de cuidados a largo plazo ofrecidos por CPHL por 120 días o más desde la fecha de inscripción. Usted debe solicitar al menos uno de los siguientes servicios:
 - a. Servicios privados de enfermería
 - b. Terapias en el hogar (ocupacional, física o del habla)
 - c. Servicios de asistencia sanitaria en el hogar

- d. Servicios de cuidado personal en el hogar.
 - e. Atención médica diurna para adultos (modelo médico)
 - f. Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS)
- Además de cumplir con estos criterios, también debe firmar un acuerdo de inscripción y aceptar cumplir con las condiciones de la membresía de CPHL, tal como se explican en este manual del miembro.

Condiciones para la denegación de la inscripción

Puede que no se le conceda el estatus de elegible para inscripción en Centers Plan Medicaid Advantage Plus debido a las siguientes razones:

- Reside fuera del área de servicios de CPHL;
- Tiene menos de 21 años;
- El CFEEC determina que usted no es elegible para recibir cuidados a largo plazo;
- En la mayoría de los casos, si usted presenta un diagnóstico de enfermedad renal en etapa terminal;
- Se determina que no es capaz de regresar o permanecer en su hogar y comunidad sin poner en riesgo su salud y seguridad;
- No es elegible para las partes A o B de Medicare;
- No es elegible para recibir la cobertura completa de Medicaid;
- Solo es elegible como Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), Beneficiario Específico de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low Income Medicare Beneficiary, SLIMB) o como Individuo Calificado-1 (QI-1), y no es de otra manera elegible para recibir asistencia médica;

- Reside en una instalación psiquiátrica administrada por el estado o en instalaciones de tratamiento voluntario para niños y jóvenes certificadas por el estado;
- Tiene acceso a una cobertura de atención médica privada completa diferente de Medicare;
- Esta inscrito en el Programa de beneficiarios restringidos;
- Fue admitido en un programa de cuidados paliativos antes del momento de la inscripción;
- Reside en una instalación administrada por el patrocinio de la Oficina Estatal de Salud Mental (OMH), la Oficina de Servicios para el alcoholismo y el abuso de sustancias (OASAS) o la Oficina Estatal para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD).

Al momento de una evaluación doméstica por parte de una enfermera registrada, usted puede ser considerado como no elegible por las siguientes razones:

- Usted no puede o no está dispuesto a suministrarnos los documentos necesarios para establecer un plan seguro de cuidados;
- Usted no está dispuesto a firmar el formulario de solicitud;
- La evaluación llevada a cabo por CPHL no está de acuerdo con la evaluación del CFEEC, y New York Medicaid Choice (NYMC) defiende la decisión de CPHL.

Si usted no está de acuerdo con la denegación de inscripción de CPHL, puede pedir la consecución de una solicitud con NYMC. Puede llamar a NYMC al 1-800-505-5678. La información recabada por CPHL será enviada a NYMC y ellos tomarán la decisión final respecto de su elegibilidad.

10. Inscripción y fechas de entrada en vigencia de la cobertura

La inscripción en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus es voluntaria. Las solicitudes de inscripción serán procesadas según el orden en que se reciben.

Si es la primera vez que recibe servicios de cuidados a largo plazo, usted necesitará una evaluación del Centro de Inscripción y Evaluación sin Conflictos (Conflict Free Evaluation and Enrollment Center, CFEEC) como parte del proceso de inscripción.

Si usted cumple los requisitos de elegibilidad como se describen en la Sección 9, CPHL hará que alguien del personal de Enfermería de Admisión le visite en su hogar y recolecte más información sobre usted y sus necesidades de cuidados médicos. Esta visita tendrá lugar dentro de los 30 días desde su contacto inicial con CPHL. Usted puede tener a un miembro de la familia, o a alguien más que usted desee, presente cuando el personal de Enfermería de Admisión vaya a su casa. El personal de Enfermería de Admisión le describirá el programa, evaluará sus necesidades de cuidados médicos y elegibilidad clínica. Durante la visita, el personal de Enfermería de Admisión realizará lo siguiente:

- Explicará los beneficios de CPHL y revisará el manual del miembro con usted.
- Completará una evaluación inicial utilizando la herramienta de elegibilidad actual del estado de Nueva York que determina su necesidad de servicios de cuidados a largo plazo.
- Le brindará información sobre directivas anticipadas y el formulario para completar un poder para la atención médica.
- Conversará con usted sobre sus necesidades de cuidados médicos y servicios.
- Junto con su médico y mediante discusiones con usted y sus cuidadores, el personal de Enfermería de Admisión desarrollará

un plan de cuidados inicial diseñado para satisfacer sus necesidades de cuidado.

Si usted cumple con los requisitos y desea unirse a Centers Plan for Medicaid Advantage Plus, nuestro Personal de Enfermería de Admisión le pedirá que firme un formulario de solicitud que incluya una "Comprensión de la inscripción en el plan y normas y responsabilidades generales de la membresía".

Después de la visita del personal de Enfermería de Admisión de CPHL, lo visitará un Representante de marketing de CPHL certificado por Medicare, quien completará el proceso de inscripción.

Su inscripción es válida a partir del primer día del mes siguiente al mes en el que New York Medicaid Choice (NYMC) haya procesado su solicitud de inscripción y esta sea aceptada por CMS. CPHL le enviará por correo una carta de membresía y una tarjeta de identificación de su membresía a CPHL. Unos días después de que se una a nuestro programa, su equipo de administración de cuidados se pondrá en contacto con usted para revisar su satisfacción con el plan de cuidados y conversar sobre cualquier preocupación que pueda tener. Se pueden hacer cambios en su plan de cuidados según sea necesario, con base en los cuidados que requiera. Su equipo de administración de cuidados pedirá a su médico, sus familiares o cuidadores y a usted, opiniones sobre cualquier cambio en su plan de cuidados. Si se hacen cambios en sus servicios, usted recibirá una carta que los explique.

Centro de inscripción y evaluación sin conflictos

Una evaluación por parte de una Enfermera Registrada (Registered Nurse, RN) del Centro de inscripción y evaluación sin conflictos (CFEEC) es el primer paso para la inscripción de cualquier persona que busque obtener servicios de cuidados a largo plazo por primera vez. Solo después de que una RN del CFEEC lo haya evaluado y haya determinado si usted cumple con los requisitos, el personal de

Enfermería de Admisión de CPHL lo visitará en su hogar, realizará una evaluación y propondrá un plan de cuidados seguro. Puede llamar a Servicios al Miembro de CPHL al **1-833-274-5627** para iniciar el proceso de inscripción. También puede contactar al CFEEC directamente a través del 1-855-222-8350.

Retiro de inscripción

Si usted cambia de opinión y decide que no se quiere inscribir después de haber consignado su solicitud para inscribirse en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus, puede retirar su solicitud. Si nos informa que no desea inscribirse después del día 20 del mes, puede que sea demasiado tarde para detener su inscripción y tal vez esté inscrito en CPHL durante el mes próximo. CPHL le enviará una carta para confirmar su retiro o desafiliación.

11. Desafiliación y finalización de beneficios

Desafiliación voluntaria

Usted puede solicitar la desafiliación en cualquier momento. Para iniciar su desafiliación del programa, usted o la persona a quien designe deben hacer una solicitud oral o escrita. Puede hacerle la solicitud a cualquier miembro de su equipo de administración de cuidados y ellos lo ayudarán con el proceso. Usted recibirá un acuse de recibo escrito de la solicitud de desafiliación, así como un formulario de desafiliación. La desafiliación es válida a partir del último día del mes en que NYMC y CMS hayan confirmado su desafiliación. Después de que la desafiliación entre en vigencia, se le enviará por correo una confirmación escrita de su desafiliación.

Tenga en cuenta que si usted está inscrito en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus y realizó una solicitud para recibir servicios por parte de otro plan de cuidados administrados contratado por Medicaid, un programa de exención de Servicios Basados en la Comunidad y el Hogar (Home and Community Based Services) o un tratamiento diurno de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo o una Gestión integral de casos de Medicaid, se considerará que usted solicitó desafiliarse de CPHL.

Desafiliación involuntaria

Existen ciertas circunstancias en las cuales CPHL lo desafiliará, aunque usted no lo desee (esto se denomina desafiliación involuntaria). Antes de tomar dicha acción, haremos nuestro mayor esfuerzo por resolver el problema o inconveniente. Usted recibirá un aviso escrito de nuestra decisión para iniciar la desafiliación involuntaria. Una vez que NYMC haya aprobado su desafiliación, la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration) o el Departamento Local de Servicios Sociales (Local Department of Social Services) le enviarán

un aviso sobre su derecho a una audiencia imparcial. CPHL le enviará una confirmación escrita de su desafiliación.

CPHL lo **tiene que** desafiliar si ocurre lo siguiente:

- Usted se muda fuera del área de servicio;
- Usted sale de nuestra área de servicio, por cualquier motivo, por más de treinta (30) días consecutivos;
- Usted deja de cumplir los requisitos para recibir los beneficios de Medicaid;
- Usted ya no es elegible para las partes A y B de Medicare o ya no está inscrito en la parte de Medicare Advantage del plan;
- Tras una evaluación, se determina que usted ya no requiere servicios de cuidados a largo plazo basados en la comunidad;
- Usted no recibe al menos uno de los servicios a continuación:
 - Servicios de enfermería
 - Terapias de rehabilitación en el hogar
 - Servicios de asistencia sanitaria en el hogar
 - Servicios de cuidado personal en el hogar
 - Atención médica diurna para adultos (modelo médico)
 - Servicios privados de enfermería
 - Servicios de asistencia personal dirigidos al consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS)
- Usted está en prisión.
- Necesita cuidados en un hogar de ancianos, pero no es elegible para recibir cobertura institucional de Medicaid.

CPHL lo **puede** desafiliar si ocurre lo siguiente:

- Usted o un pariente se comportan de una forma que afecta considerablemente la capacidad de CPHL para prestar servicios por motivos distintos a aquellos derivados de sus necesidades particulares;
- Usted no paga o realiza gestiones con éxito para CPHL para pagar su tarifa de gasto reducido de Medicaid en el plazo de 30 días después de su vencimiento (consulte a la Sección 13 a continuación);
- Usted deliberadamente no llena y consigna cualquier formulario de consentimiento o divulgación;
- Usted nos proporciona información falsa o tiene algún otro tipo de conducta fraudulenta.

Cancelación de la inscripción por otros motivos

Se pondrá fin a su inscripción en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus si CPHL pierde su contrato con el Departamento de Salud del estado de Nueva York que le permite a CPHL prestar servicios de atención médica. CPHL tiene un contrato con el Departamento de Salud del estado de Nueva York que está sujeto a renovación de forma periódica. Si CPHL viola dicho contrato, se pondrá fin a la inscripción en el programa.

Fecha de entrada en vigencia de la desafiliación y coordinación de transferencia a otros proveedores de servicios

La desafiliación entrará en vigencia el primer día del mes siguiente luego de que NYMC y CMS la hayan procesado y confirmado. Centers Plan for Medicaid Advantage Plus seguirá prestando los servicios cubiertos de conformidad con su plan de cuidados hasta que su desafiliación entre en vigencia. Si lo desea, durante dicho periodo su equipo de administración de cuidados lo ayudará a identificar otros proveedores de servicios que puedan satisfacer sus necesidades. CPHL lo ayudará a ponerse en contacto con dichos proveedores y coordinará la transferencia de sus cuidados.

12. Cláusulas sobre reinscripción

Si usted cancela la inscripción de forma voluntaria (decide abandonar Centers Plan for Medicaid Advantage Plus de forma independiente), se le permitirá reinscribirse si cumple con nuestros criterios de elegibilidad para la inscripción. Si usted cancela la inscripción de forma involuntaria, se le permitirá reinscribirse en el programa si las circunstancias que motivaron su cancelación se resolvieron.

13. Excedente o gasto reducido mensual

Un excedente, también denominado gasto reducido, es una cantidad de dinero que el Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS), la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la ciudad de Nueva York o la entidad designada por el Departamento de Salud determinan que una persona debe pagar mensualmente para seguir cumpliendo con los requisitos de elegibilidad financiera de Medicaid para mantener la cobertura. Si la Administración de Recursos Humanos (HRA), el Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS) o la entidad designada por el estado determinan que usted tiene la obligación de pagar un excedente mensual, CPHL está obligado a facturarle dichos cargos por excedente. Si el monto de los cargos por gastos reducidos varía, CPHL ajustará el monto según corresponda. Si tiene alguna pregunta sobre estos pagos, comuníquese con su equipo de administración de cuidados.

Si usted cumple con los requisitos para recibir el servicio a continuación:	Tendrá que pagar el monto a continuación:
Medicaid (sin gasto reducido mensual)	Nada a CPHL
Medicaid (con gasto reducido mensual)	Una prima mensual por gasto reducido a CPHL, según lo determine la HRA o el LDSS

CPHL le notificará por escrito el monto mensual que debe pagar como parte de su responsabilidad de gasto reducido. CPHL le enviará una factura a más tardar el día 15 de cada mes.

14. Resolución de problemas y quejas de los miembros

Comprendemos que puede haber momentos en que usted no esté satisfecho con nuestros servicios o con alguno de nuestros proveedores de la red. Si tiene una preocupación o queja, queremos escucharla. Puede presentar una queja o expresar una preocupación ante cualquier miembro de su equipo de administración de cuidados, cualquier miembro del personal de CPHL o un proveedor de la red.

CPHL hará el mayor esfuerzo por atender sus preocupaciones o inconvenientes tan rápidamente como sea posible y para que usted quede satisfecho. Puede utilizar nuestro proceso de presentación de quejas o nuestro proceso de apelación, dependiendo del tipo de problema que tenga.

Ni sus servicios ni la forma en que el personal o proveedor de atención médica de CPHL lo tratan sufrirán cambios porque usted presente una queja o apelación. Mantendremos su privacidad. Le brindaremos toda la ayuda que necesite para presentar una queja o apelación. Esto incluye suministrarle servicios de interpretación o ayudarlo si tiene problemas de la vista o auditivos. Usted puede elegir que alguien (como un pariente, amigo o proveedor) actúe en su nombre.

Llame a los números a continuación para presentar una queja o apelar a una decisión de un plan:

1-833-274-5627 Para los usuarios de TTY/TDD 1-800-421-1220

o escriba a la siguiente dirección:

**Centers Plan for Healthy Living
Attention: Complaints and Appeals Department
75 Vanderbilt Ave. Suite 700
Staten Island, NY 10304**

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

¿Qué es una queja?

Una queja es cualquier comunicación de su parte hacia nosotros en la que manifieste no estar satisfecho con el cuidado y tratamiento que recibe de nuestro personal o nuestros proveedores de servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien fue grosero hacia usted o no está conforme con la calidad de la atención de los servicios que recibe de nuestra parte, puede presentar una queja ante nosotros.

El proceso de presentación de quejas

Puede presentar una queja ante nosotros oralmente o por escrito. La persona que reciba su queja la registrará y el personal competente del plan supervisará la revisión de esta. En algunos casos, CPHL le notificará que posee la opción para llevar a cabo ya sea el proceso de queja de Medicaid descrito aquí o el proceso de Medicare delimitado en el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura de Medicare de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO SNP).

Para aquellos casos que sean pertinentes al proceso de presentación de quejas de Medicaid, le enviaremos una carta en la que le informamos que recibimos su queja y una descripción de nuestro proceso de revisión. Revisaremos su queja y le daremos una respuesta por escrito en uno de los siguientes dos plazos.

1. Si un retraso podría aumentar significativamente los riesgos para su salud, tomaremos la decisión en un plazo de 48 horas a partir de la recepción de la información necesaria.
2. Para todos los otros tipos de quejas, le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 45 días a partir de la recepción de la

información necesaria, pero el proceso debe completarse en un plazo de 60 días a partir de la recepción de la queja. El periodo de revisión se puede extender hasta 14 días si usted lo solicita o si necesitamos más información y el retraso lo beneficia a usted.

Nuestra respuesta contendrá nuestros hallazgos durante la revisión de su queja y nuestra decisión respecto de esta.

¿Cómo apelo una decisión sobre una queja?

Si su queja fue presentada mediante el proceso de presentación de quejas de Medicaid y usted no está satisfecho con la decisión que tomamos respecto a su queja, puede solicitar una segunda revisión de su inconveniente al presentar una apelación de queja. Debe presentar la apelación de queja por escrito. Se debe presentar en un plazo de 60 días laborables a partir de la recepción de nuestra decisión inicial sobre su queja. Una vez que recibamos su apelación, le enviaremos un acuse de recibo escrito que indique el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que hayamos designado para dar respuesta a su apelación. Todas las apelaciones de quejas estarán dirigidas por profesionales competentes que no hayan participado en la decisión inicial, incluidos profesionales de la salud cuando se trate de quejas que tengan relación con asuntos clínicos.

En el caso de las apelaciones de quejas estándares, tomaremos la decisión sobre la apelación en un plazo de 30 días laborables luego de recibir toda la información necesaria para tomar nuestra decisión. Si un retraso al tomar nuestra decisión podría aumentar significativamente los riesgos para su salud, utilizaremos el proceso de apelación de quejas expedito. En el caso de apelaciones de quejas expeditas, realizaremos nuestra decisión respecto de la apelación el plazo de 2 días laborables posteriores a la recepción de la información necesaria. Tanto

para la apelación estándar como para la expedita, le proporcionaremos un aviso escrito con nuestra decisión. El aviso incluirá los motivos detallados de nuestra decisión y, en casos que tengan relación con asuntos clínicos, la fundamentación clínica de nuestra decisión.

¿Qué es una decisión?

Cuando CPHL deniegue o limite servicios solicitados por usted o su proveedor; deniegue una solicitud de una remisión; decida que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; restrinja, reduzca, suspenda o cancele servicios que ya habíamos autorizado; deniegue el pago de servicios; no preste servicios oportunamente, o no tome decisiones sobre quejas o apelaciones dentro de los plazos obligatorios, estas se consideran "decisiones". Las decisiones pueden apelarse. (consulte "¿Cómo presento una apelación de una decisión?" más adelante para obtener más información).

Tiempo para avisar sobre una decisión

Si decidimos denegar o limitar servicios que usted solicitó o decidimos no pagar total o parcialmente un servicio cubierto, le enviaremos un aviso cuando tomemos nuestra decisión. Si proponemos restringir, reducir, suspender o cancelar un servicio que está autorizado, nuestra carta se enviará al menos 10 días antes de cuando tengamos pensado modificar el servicio.

Contenido del aviso sobre decisión

Cualquier aviso que enviamos con relación a una decisión cumplirá con lo siguiente:

- Explicará la decisión que tomamos o tenemos pensado tomar;
- Señalará los motivos de la decisión, incluida la fundamentación clínica, si aplica;

- Describirá su derecho a presentar una apelación ante nosotros (incluso si usted también tuviera derecho a un proceso de apelación externo ante el estado);
- Describirá cómo presentar una apelación interna y las circunstancias en las cuales puede solicitar que aceleremos (seamos más expeditos) nuestra revisión de su apelación interna;
- Describirá la disponibilidad de los criterios de revisión clínica utilizados al tomar la decisión si esta comprendía asuntos de necesidad médica o si el tratamiento o servicio en cuestión eran experimentales o investigativos;
- Si aplica, describirá la información que usted o su proveedor nos deben proporcionar para que podamos emitir una decisión sobre la apelación.

El aviso también le informará sobre su derecho a una audiencia imparcial ante el estado de Nueva York;

- Explicará la diferencia entre una apelación y una audiencia imparcial;
- Enunciará que usted no tiene que presentar una apelación antes de solicitar una audiencia imparcial;
- Explicará cómo solicitar una audiencia imparcial; y
- Si reducimos, suspendemos o cancelamos un servicio autorizado y usted quiere que sus servicios se mantengan mientras se toma una decisión sobre la apelación, debe solicitar una audiencia imparcial en un plazo de 10 días a partir de la fecha del aviso o la fecha propuesta de entrada en vigencia de la decisión, la que ocurra más tarde.

¿Cómo presento una apelación de una decisión?

- Si usted no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado, puede apelar. Cuando presenta una apelación, esto implica que tengamos que revisar de nuevo el motivo de nuestra decisión para determinar si estuvimos en lo correcto. Puede presentar una apelación de una decisión ante el plan de forma oral o por escrito. Cuando el plan le envíe una carta sobre una decisión que tome (como denegar o limitar servicios o no pagar servicios), usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días laborables a partir de la fecha indicada en nuestra carta en la que le notifiquemos la decisión. En algunos casos, CPHL le notificará que posee la opción para llevar a cabo ya sea el proceso de reclamación de Medicaid descrito en este manual o el proceso de Medicare delimitado en el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus.

¿Cómo me pongo en contacto con mi plan para presentar una apelación?

Puede llamarnos a los siguientes números de teléfono:

1-833-274-5627 Para los usuarios de TTY/TDD 1-800-421-1220

o escribir a:

**Centers Plan for Healthy Living
Attention: Grievances and Appeals Department
75 Vanderbilt Ave. Suite 700
Staten Island, NY 10304**

También nos puede enviar un correo electrónico a la siguiente dirección: GandA@Centersplan.com

O nos puede enviar un fax al siguiente número: 1-347-505-7089

La persona que reciba su apelación la registrará y personal competente supervisará la revisión de su apelación. Le enviaremos una carta informándole que recibimos su apelación y cómo la procesaremos. Su apelación será revisada por personal clínico experto que no haya estado involucrado en la decisión inicial del plan que usted esté apelando.

Usted puede solicitar la continuidad del servicio durante el proceso de apelación para algunas decisiones

Si apela una restricción, reducción, suspensión o cancelación de servicios para los cuales usted esté autorizado para recibir actualmente, debe solicitar una audiencia imparcial para que siga recibiendo dichos servicios mientras se toma una decisión sobre su apelación. Debemos dar continuidad a su servicio si usted solicita una audiencia imparcial a más tardar 10 días después de la fecha del aviso sobre la restricción, reducción, suspensión o cancelación de servicios o la fecha propuesta de entrada en vigencia de la decisión, la que ocurra más tarde. Para saber cómo solicitar una audiencia imparcial y pedir ayuda para la continuación del servicio, consulte la sección sobre audiencias imparciales más abajo.

A pesar de que usted puede solicitar que se le dé continuidad a los servicios, si en la audiencia imparcial no se decide a su favor, puede que le solicitemos que pague por dichos servicios si se prestaron únicamente porque usted solicitó seguir recibéndolos mientras su caso estaba en revisión.

¿Cuánto tiempo tardará el plan en tomar una decisión sobre mi apelación de una decisión?

A menos que solicite una revisión expedita, revisaremos su apelación de nuestra decisión mediante una apelación estándar y le enviaremos una decisión por escrito tan pronto como su estado de salud lo amerite y a más tardar 30 días después del día en que recibamos la apelación. (El periodo de revisión se puede extender hasta 14 días si usted solicita una extensión o si necesitamos más información y el retraso lo beneficia a usted). Durante nuestra revisión, usted tendrá la oportunidad de presentar su caso en persona y por escrito. También tendrá la oportunidad de consultar cualquiera de sus expedientes que formen parte de la revisión de la apelación.

Le enviaremos un aviso sobre la decisión que hayamos tomado sobre su apelación en la que se identificará la decisión que tomamos y la fecha en que la tomamos.

Si revertimos nuestra decisión de denegar o limitar servicios solicitados o de restringir, reducir, suspender o cancelar servicios y estos no se prestaron mientras su apelación estaba pendiente, le prestaremos los servicios discutidos tan pronto como su estado de salud lo amerite. En algunos casos, puede solicitar una apelación "expedita" (consulte la sección sobre el proceso de apelación expedita a continuación).

Proceso de apelación expedita

Si usted o su proveedor consideran que la duración de una apelación estándar podría ocasionar un problema grave para su salud o su vida, puede solicitar una revisión expedita de su apelación de la decisión. La solicitud para una revisión urgente puede realizarse ya sea por teléfono o por escrito, sin embargo, si realiza la solicitud por teléfono, usted no tiene que hacer seguimiento con una solicitud por escrito. Le responderemos con

nuestra decisión en un plazo de 2 días laborables después de que recibamos toda la información necesaria. En ningún caso el tiempo de emisión de nuestra decisión será mayor a 3 días laborables después de que recibamos su apelación (el periodo de revisión se puede extender hasta 14 días si usted solicita una extensión o si necesitamos más información y el retraso lo beneficia a usted).

Si no estamos de acuerdo con su solicitud de una apelación expedita, haremos nuestro mayor esfuerzo para comunicarnos con usted personalmente para informarle que denegamos su solicitud de una apelación expedita y que la procesaremos como una apelación estándar. Asimismo, le enviaremos un aviso escrito con nuestra decisión de denegar su solicitud de una apelación expedita en un plazo de 2 días a partir de la recepción de su solicitud.

¿Qué puedo hacer si el plan deniega mi apelación?

Si nuestra decisión sobre su apelación no está totalmente a su favor, en el aviso que reciba se explicará su derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid por parte del estado de Nueva York, cómo obtener una audiencia imparcial, quiénes pueden asistir a la audiencia en su nombre y, para algunas apelaciones, su derecho a solicitar la recepción de servicios mientras la audiencia está pendiente y cómo hacer la solicitud.

Nota: Si usted presenta su apelación siguiendo el proceso de apelaciones de Medicaid, **usted debe solicitar una audiencia imparcial en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso con la determinación inicial. Este plazo aplica incluso si usted está esperando que tomemos una decisión sobre su apelación interna.**

Si denegamos su apelación debido a asuntos de necesidad médica o porque el servicio en cuestión era experimental o

investigativo, en el aviso también se explicará cómo solicitar una "apelación externa" de nuestra decisión ante el estado de Nueva York.

Si CPHL restringe, reduce, suspende o cancela Servicios de Asistencia Personal Dirigidos al Consumidor autorizados (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS) (incluidos los CDPAS como tal) o deniega una solicitud de cambio de asistente personal, esto se considera una determinación adversa. Usted tiene derecho a una audiencia imparcial o apelación externa por nuestra determinación adversa definitiva.

Audiencias imparciales estatales

También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado de Nueva York mediante el proceso de apelaciones de Medicaid. La decisión de la audiencia imparcial puede revocar nuestra decisión original, independientemente de que usted nos haya solicitado una apelación. Debe solicitar una audiencia imparcial en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que le enviamos el aviso con nuestra decisión original. Puede intentar una apelación ante el plan y una audiencia imparcial simultáneamente o puede esperar a que el plan tome una decisión sobre su apelación y luego solicitar una audiencia imparcial. En cualquier caso, aplica el mismo plazo de 60 días calendario.

El proceso de audiencia imparcial estatal es el único proceso que permite que sus servicios continúen mientras espera que se tome una decisión sobre su caso. Si le enviamos un aviso sobre una restricción, reducción, suspensión o cancelación de servicios que usted está autorizado a recibir y desea que sus servicios continúen, debe solicitar una audiencia imparcial. Presentar una

apelación interna o externa no garantizará que se le dé continuidad a sus servicios.

Para garantizar que sus servicios se sigan prestando mientras la apelación está pendiente, normalmente debe solicitar la audiencia imparcial Y ADEMÁS indicar claramente que usted quiere que sus servicios se sigan prestando. Algunos formularios hacen esto por usted automáticamente, pero no todos, así que léalos con detenimiento. En todo caso, debe hacer su solicitud en un plazo de 10 días a partir de la fecha del aviso o la fecha propuesta de entrada en vigencia de nuestra decisión (la que sea más tarde).

CPHL no restringirá su derecho a una audiencia imparcial ni influirá sobre su decisión de intentar obtener una audiencia imparcial. Sus beneficios se mantendrán hasta que usted retire su apelación; el periodo de autorización original de sus servicios culmine, o el funcionario de la audiencia imparcial del estado emita una decisión sobre la audiencia que no sea favorable para usted, lo que ocurra primero.

Si el funcionario de la audiencia imparcial del estado revierte nuestra decisión, debemos asegurarnos de que usted reciba los servicios discutidos rápidamente y tan pronto como lo amerite su estado de salud. Si usted recibió los servicios discutidos mientras la apelación estaba pendiente, nos haremos responsables del pago de los servicios cubiertos ordenado por el funcionario de la audiencia imparcial.

A pesar de que puede solicitar que se le dé continuidad a los servicios mientras espera que se tome una decisión en su audiencia imparcial, si esta no se decide a su favor, puede que usted sea responsable de pagar los servicios que fueron objeto de la audiencia imparcial.

Puede presentar una audiencia imparcial estatal al contactar a la Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidad (Office of Temporary and Disability Assistance):

- Formulario de solicitud en línea:
<https://errswebnet.otda.ny.gov/errswebnet/erequestform.aspx>
- Envíe por correo un formulario de solicitud imprimible a la siguiente dirección:

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

- Envíe por fax un formulario de solicitud imprimible al:
(518) 473-6735
- Solicitud vía telefónica:

Línea de la audiencia imparcial estándar: 1 (800) 342-3334

Línea de emergencia de la audiencia imparcial estándar:
1 (800) 205-0110

Línea TTY: 711 (solicite al operador que nos llame al
1 (877) 502-6155)

Solicitud en persona:

Ciudad de Nueva York: 14 Boerum Place, 1st Floor; Brooklyn, NY 11201

Albany: 40 North Pearl Street, 15th Floor; Albany, NY 12243

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

Apelaciones externas estatales

Si denegamos su apelación porque determinamos que el servicio no es necesario por razones médicas o porque es experimental o investigativo, puede solicitar una apelación externa ante el estado de Nueva York. La decisión sobre la apelación externa la toman revisores que no trabajan para nosotros ni para el estado de Nueva York. Dichos revisores son personas calificadas autorizadas por el estado de Nueva York. No tiene que pagar por una apelación externa.

Cuando tomemos la decisión de denegar una apelación por la ausencia de necesidad médica o con base en que el servicio es experimental o investigativo, le suministraremos información sobre cómo presentar una apelación externa e incluiremos un formulario en el cual presentarla, junto con nuestra decisión de denegar la apelación. Si desea realizar una apelación externa, debe presentar el formulario ante el Departamento de Servicios Financieros (Department of Financial Services) del estado de Nueva York en un plazo de cuatro meses a partir de la fecha de denegación de su apelación.

Se tomará una decisión sobre su apelación externa en un plazo de 30 días. Puede que se necesite más tiempo (hasta 5 días laborables), si el revisor de la apelación externa solicita más información. El revisor le comunicará tanto a usted como a nosotros la decisión final en un plazo de dos días laborables después de tomar la decisión.

Puede obtener una decisión más rápido si su médico puede aseverar que un retraso afectaría gravemente su salud. Esto se denomina apelación externa expedita. El revisor de la apelación externa tomará una decisión sobre una apelación expedita en 3 días o menos. El revisor le comunicará de inmediato tanto a

usted como a nosotros la decisión por teléfono o fax.

Posteriormente se enviará una carta comunicándole la decisión.

Puede solicitar una audiencia imparcial y una apelación externa, ambas inclusive. Si solicita tanto una audiencia imparcial como una apelación externa, la decisión del funcionario de la audiencia imparcial será "la que valga".

Contacto del Departamento de Salud del estado de Nueva York

Recuerde, si en cualquier momento se encuentra insatisfecho por la forma en que lo trataron en CPHL o por la forma en que procesamos una queja, puede comunicarse por escrito con el Departamento de Salud del estado de Nueva York a la dirección a continuación:

**New York State Department of Health
Bureau of Managed Long Term Care
One Commerce Plaza
Room # 1621
Albany, New York 12210
1-866-712-7197**

También, puede comunicarse con la Red Independiente de Defensa al Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN) para obtener asesoría gratuita e independiente en relación con cualquier pregunta o preocupación que pueda tener sobre asuntos que van desde la preinscripción hasta las apelaciones y las audiencias imparciales. El personal de la ICAN lo puede ayudar a comprender mejor sus derechos de queja, apelación y audiencia imparcial y lo pueden asistir durante las distintas etapas del proceso de apelación. Podría contactar directamente a la ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

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

Web: www.icannys.org | **Correo electrónico:** ican@cssny.org

15. Sus derechos y responsabilidades como miembro de CPHL

Como miembro de CPHL, usted tiene los siguientes derechos:

1. Recibir cuidados médicamente necesarios.
2. Tener acceso oportuno a cuidados y servicios.
3. Tener privacidad respecto a sus expedientes médicos y la oportunidad en que recibe tratamiento.
4. Obtener información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles presentadas de una forma y en un idioma que usted comprenda.
5. Obtener información en un idioma que usted comprenda; puede recibir servicios de traducción oral sin costo alguno.
6. Obtener la información necesaria para dar su consentimiento informado antes de iniciar un tratamiento.
7. Ser tratado con respeto y dignidad.
8. Obtener una copia de sus expedientes médicos y solicitar que se enmienden o corrijan.
9. Participar en las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a negarse a recibir tratamiento.
10. Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizadas como medios de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
11. Recibir cuidados médicos independientemente de su sexo, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión.

12. Que le expliquen dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que usted necesita por parte de CPHL, incluido cómo obtener los beneficios cubiertos prestados por proveedores fuera de la red si no hay proveedores disponibles en la red del plan.
13. Quejarse ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York.
14. Quejarse ante la HRA o el LDSS y, de ser apropiado, el derecho a utilizar el sistema de audiencias imparciales del estado de Nueva York.
15. Nombrar a alguien para que hable por usted sobre sus cuidados y su tratamiento.
16. Hacer planes y directivas anticipadas sobre sus cuidados.
17. Recibir información sobre CPHL y cuidados administrados a largo plazo en una forma que no revele que usted participa en el plan.
18. Buscar asistencia de la ICAN.

Para que obtenga los mayores beneficios de su inscripción en CPHL, usted tiene las siguientes responsabilidades:

1. Participar activamente en su cuidado y en las decisiones al respecto.
2. Comunicarse abierta y honestamente con sus médicos y su equipo de administración de cuidados sobre su salud y cuidados.
3. Hacer preguntas para asegurarse de que entiende su plan de cuidados y considerar las consecuencias de no acatarlo.
4. Contribuir con las decisiones sobre los cuidados y mantenerse a cargo de su propia salud.
5. Asistir a sus citas o informar al equipo de administración de cuidados si necesita modificarlas.

6. Acudir a los proveedores de la red de CPHL para obtener cuidados, excepto en situaciones de emergencia.
7. Notificar a CPHL si usted recibe servicios de salud de otros proveedores de cuidados médicos.
8. Participar en el desarrollo de políticas escribiéndonos o llamándonos.
9. Respalidar el Programa de Cuidados a Largo Plazo (Long Term Care Program) de CPHL.
10. Expresar opiniones, preocupaciones y sugerencias de forma adecuada de las siguientes formas, incluidas, entre otras, ponerse en contacto con su equipo de administración de cuidados o el proceso de quejas y apelaciones de CPHL.
11. Revisar el manual del miembro y seguir los procedimientos para recibir servicios.
12. Respetar los derechos y la seguridad de todas las personas involucradas en sus cuidados y ayudar a CPHL a mantener un ambiente doméstico seguro.
13. Notificar a su equipo de administración de cuidados de CPHL sobre cualquiera de las situaciones a continuación:
 - si usted va a salir del área de servicio
 - si se mudó o tiene un nuevo número de teléfono
 - si cambió de médicos
 - cualquier cambio en su condición que pueda afectar nuestra capacidad para proporcionar cuidados

Si tiene una inquietud urgente, el personal de CPHL está disponible para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Comuníquese con nosotros a

través del **1-833-274-5627**. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al **1-800-421-1220**.

Directivas anticipadas

Las directivas anticipadas son documentos legales que describen sus decisiones sobre cuidados de la salud en el futuro en caso de que usted mismo no pueda expresar dichas decisiones. Realizar directivas anticipadas ayuda a garantizar que se obedezcan sus deseos respecto a sus cuidados de la salud. Existen tres tipos importantes de directivas anticipadas:

Poder para la atención médica

Este documento le permite nombrar a un agente para la atención médica, que es alguien en quien usted confíe, que tomará decisiones sobre sus cuidados de la salud si usted mismo no puede tomarlas.

Testamento vital

Declaración escrita de sus deseos respecto a sus cuidados de salud que incluye instrucciones sobre tratamientos médicos que pueda querer o no. Sirve como una guía que se debe seguir cuando usted mismo ya no pueda tomar dichas decisiones.

Orden de no resucitación (Do Not Resuscitate, DNR)

Documento que ordena a los proveedores de cuidados de la salud que no realicen resucitación cardiopulmonar (RCP) ni procedimientos de emergencia para salvar su vida si su corazón deja de latir o usted deja de respirar.

Usted tiene derecho a realizar directivas anticipadas como mejor le parezca. El paquete de inscripción en CPHL contiene un poder para la atención médica con instrucciones completas para su llenarlo correctamente.

Realizar una o más de dichas directivas anticipadas podría ser la mejor forma de garantizar que sus deseos respecto a sus cuidados de la salud se sepan cuando usted mismo no pueda expresar sus decisiones respecto a su atención médica. Dichos documentos guiarán a los médicos y otros profesionales de la salud involucrados en sus cuidados si usted tiene una enfermedad terminal, tiene una lesión grave, padece de demencia en etapa avanzada o por algún otro motivo no puede comunicar sus deseos sobre su atención médica.

En la visita del personal de Enfermería de Admisión, descrita en la Sección 10 de este manual, su enfermero de admisión le dará información sobre directivas anticipadas y le proporcionará los documentos. Si tiene preguntas sobre las directivas anticipadas en cualquier momento mientras esté inscrito en CPHL, su Gestor de Cuidados podría responder dichas preguntas y ayudarlo a seleccionar la directiva anticipada que mejor se adapte a sus necesidades y deseos. Puede cambiar de parecer sobre las directivas anticipadas en cualquier momento. Si quisiera dejar de utilizar directivas anticipadas durante el periodo en que esté inscrito, su Gestor de Cuidados podrá asistirlo. Su Gestor de Cuidados o médico primario podrían darle más información sobre las directivas anticipadas.

Aviso de información disponible previa solicitud

La información a continuación se encuentra disponible previa solicitud por parte del miembro:

- Una lista de nombres, direcciones comerciales y cargos oficiales de los miembros de la junta directiva, directores, socios mayoritarios y dueños o socios de CPHL.
- Una copia del estado financiero certificado de CPHL más reciente, incluido un balance y un resumen de los ingresos y las erogaciones, preparado por un contador público certificado.

- Información relacionada con las quejas de los miembros e información recolectada sobre las quejas y apelaciones.
- Procedimientos de CPHL para proteger la confidencialidad de expedientes médicos y otra información para los miembros.
- Una descripción escrita de la estructura organizativa y los procedimientos actuales del Programa de Aseguramiento de la Calidad (Quality Assurance Program) de CPHL.
- Una descripción de los procedimientos seguidos por CPHL al tomar decisiones sobre la naturaleza experimental o investigativa de fármacos, instrumentos médicos o tratamientos individuales en ensayos clínicos.
- Previa solicitud escrita, criterios de revisión clínica específicos y por escrito referentes a una condición o enfermedad particulares y, cuando sea adecuado, otra información clínica que CPHL pudiera considerar en su análisis de utilización y cómo se emplea en dicho proceso, provisto que en la medida que dicha información sea propiedad de CPHL, el miembro o posible miembro solo deberá utilizar la información con el fin de asistir al miembro o al posible miembro en la evaluación de servicios cubiertos prestados por CPHL.
- Afiliaciones de profesionales de la salud particulares con hospitales y otros centros de salud.
- Licencias, certificaciones y acreditaciones de proveedores participantes.
- Solicitud escrita, procedimientos y certificaciones mínimas requeridas para que los proveedores de atención médica sean considerados por CPHL; o
- Información referente a la educación, afiliación a centros de salud y participación en la realización de revisiones clínicas dirigidas por el

Departamento de Salud, de profesionales de la salud que tengan licencia, estén registrados o estén certificados según lo dispuesto en el Artículo 8 de la Ley de Educación del Estado.

Fraude, desperdicio y abuso

Todos tenemos la responsabilidad de ayudar a combatir el fraude, el desperdicio y el abuso. Si sospecha que un proveedor, un miembro o alguien del personal de CPHL está involucrado en un fraude, desperdicio, abuso o cualquier otra actividad cuestionable, denúncielos llamando al 1-855-699-5046 o a través de www.centersplan.ethicspoint.com. Ambos métodos permiten hacer denuncias de forma anónima.

16. Protección de la confidencialidad de los miembros.

CPHL tiene la política de proteger su información confidencial y la de su familia. Hacemos lo siguiente para proteger dicha confidencialidad:

- Toda la información en su expediente médico es confidencial. El personal evita la divulgación accidental de información mediante la protección de los expedientes e informes del uso no autorizado.
- Solo se divulgará información necesaria a organismos comunitarios, hospitales y centros de cuidados a largo plazo para garantizar la continuidad de sus cuidados. La información se copiará o compartirá con dichos organismos solo si usted o la persona que haya designado firmaron una autorización para que CPHL divulgue información médica, psicosocial y de enfermería a un determinado centro.
- CPHL permitirá que solo representantes de CPHL autorizados legalmente inspeccionen y soliciten copias de sus expedientes médicos y otros expedientes de los servicios cubiertos que usted reciba, de conformidad con el consentimiento escrito que a usted se le haya pedido ejecutar para autorizar a CPHL para divulgar tal información.
- CPHL acatará todas las leyes federales y del estado de Nueva York referentes a la confidencialidad, incluidas aquellas relacionadas con resultados de pruebas de VIH.

- CPHL conservará todos los expedientes relacionados con usted por un periodo no menor de siete (7) años a partir de su desafiliación, de conformidad con normativas legales estatales y federales aplicables y con las políticas y los procedimientos de CPHL. Los expedientes médicos y financieros de CPHL son y siempre serán propiedad de CPHL.
- Cualquier solicitud de información relacionada con sus cuidados que se reciba de un organismo encargado de hacer cumplir la ley, como la policía o el despacho del Fiscal del Distrito, se harán del conocimiento del Presidente o Director Ejecutivo de CPHL antes de suministrar cualquier información para garantizar que se obtenga la autorización adecuada.

17. Programa de mejora y aseguramiento de la calidad

CPHL cuenta con un Sistema de Aseguramiento de la Calidad para supervisar y evaluar de forma sistemática la calidad y adecuación de los cuidados y servicios. Dicho Sistema de Aseguramiento de la Calidad integral debe cumplir con los estándares de aseguramiento de la calidad de la salud del estado de Nueva York y de cuidados a largo plazo.

Nuestro Sistema de Aseguramiento de la Calidad identifica oportunidades de mejora en las siguientes áreas:

- La calidad de los servicios prestados;
- La administración de los cuidados, incluidos la disponibilidad, el acceso y la continuidad;
- Prácticas operativas y de administración de cuidados;
- Los resultados en áreas funcionales clínicas y no clínicas.

El Sistema de Aseguramiento de la Calidad incluye un plan para encontrar áreas que requieren mejoras, un proceso para la mejora continua del desempeño, una revisión de las credenciales de todos los proveedores que proporcionan cuidados o prestan servicios, el mantenimiento de expedientes con información de salud y la revisión de la utilización de servicios.

Sus sugerencias y opiniones sobre mejora de la calidad son bienvenidas.



Servicios al Miembro de CPHL

Los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Tel.: 1-833-274-5627

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-421-1220

Correo electrónico: Memberservices@centersplan.com

www.centersplan.com/map