



CENTERS PLAN
FOR HEALTHY
LIVING



Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (D-SNP)

Manual del miembro

Áreas de servicio:
Bronx, Kings, Nassau, New York,
Queens, Richmond y Rockland

CENTERS PLAN FOR MEDICAID ADVANTAGE PLUS (MAP)

Servicios al Miembro

Si tiene preguntas o necesita ayuda, escribáenos 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) (gratis). 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 (gratis)
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, remplazar algún material del plan de MAP, obtener ayuda en la elección o el cambio de su médico o si tiene preguntas.

Si usted no habla inglés, podemos ofrecerle un manual del miembro escrito en otros idiomas. También utilizamos un servicio que puede brindar traducción en varios idiomas. Llámenos al número gratuito 1-833-274-5627 para recibir información adicional.

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 Teléfono de Texto (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 (Evidence of Coverage, EOC) de Medicare de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP) describe los beneficios que recibe en la sección sobre Medicare del plan. Lea detenidamente tanto este manual del miembro como la EOC 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 D-SNP), se convierte en su guía para los servicios.

Puede encontrar una versión electrónica de estos documentos en nuestro sitio web 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		For Members:		Medical Claims	
Name	[Member Name]	Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP)	Member Services	Change Healthcare Payer ID:	CPHL or CPHL1
Effective Date	[00/00/00]		Phone: 1-833-274-5627	Centers Plan for Healthy Living	P.O. Box 21033
ID #	[000000000]		TTY/TDD: 1-800-421-1220	Eagan, MN 55121	
PCP Name	[Provider Name]		7 Days a week, 8am-8pm		
PCP Phone	[Phone #]	Medicare Issuer [XXXXX]	www.centersplan.com	Pharmacy Claims	Claim Inquiry:
Copay	PCP \$0	Plan Type SNP		MedImpact Healthcare Systems, Inc.	1-844-292-4211, Option 2
	Specialist \$0			P.O. Box 509108	
				San Diego, CA 92150-9108	
				Fax: 1-858-549-1569	
				E-Mail: Claims@MedImpact.com	
RxBIN 015574	RxPCN ASPROD1	MedicareRx Prescription Drug Coverage	Pharmacy Help Desk:	MedImpact - 1-888-807-5717	
RxGRP CPL01		CMS H6988-004			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 D-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 y oftalmológico.
- 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	33
6. Servicios de emergencia	39
7. Cuidados recibidos fuera del área de servicio de Centers Plan for Healthy Living	40
8. Cuidados de transición y especializados	41
9. Elegibilidad	43
10. Inscripción y fechas de entrada en vigencia de la cobertura	46
11. Desafiliación y finalización de beneficios	49
12. Cláusulas sobre reinscripción	53
13. Excedente o gasto reducido mensual	54
14. Resolución de problemas y quejas de los miembros	55
15. Sus derechos y responsabilidades como miembro de CPHL	83
16. Protección de la confidencialidad de los miembros.	90
17. Programa de mejora y aseguramiento de la calidad	92

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 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 (gratis)
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 18 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. 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 DentaQuest al 1-844-824-2023. 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 D-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 New 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

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 (Evidence of Coverage, EOC) de Medicare de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus. El Capítulo 3 de MAP EOC de CPHL explica las reglas para usar proveedores del plan y obtener atención en una emergencia médica o si se necesita atención de urgencia. Algunos servicios tienen deducibles y copagos. Estos montos se muestran en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4 de la MAP EOC de CPHL en la columna “Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios cubiertos”.

Debido a que se unió a MAP de CPHL y tiene Medicaid, CPHL pagará estos montos. No tiene que pagar estos deducibles y copagos, excepto los que se aplican a la atención quiropráctica y artículos de farmacia. Si hay una prima mensual para los beneficios (consulte el Capítulo 4 de la EOC de MAP de CPHL), no tendrá que pagar esa prima ya que tiene Medicaid. También cubriremos muchos servicios que no están cubiertos por Medicare pero que están cubiertos por Medicaid. La siguiente tabla explica lo que está cubierto.

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

Servicios cubiertos por Centers Plan for Medicaid Advantage Plus:

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"> • 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 ante Emergencias Personales 	<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"> • Atención 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"> • Fisioterapia • Terapia ocupacional • Terapia del habla 	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación que utiliza ejercicios y equipo específicamente diseñados para ayudar a los pacientes a recuperar o a mejorar sus habilidades físicas. • 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. • Servicios de rehabilitación para la recuperación del paciente a su nivel funcional en el habla o lenguaje. • CPHL cubrirá las visitas médicamente necesarias de fisioterapia (FT), terapia ocupacional (TO) y terapia del habla (TH) ordenadas por un médico u otro profesional autorizado.

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"> • Telesalud 	<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 por el 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 Atención.

Servicios de Medicaid y Medicare que no están cubiertos por nuestro plan

Existen algunos servicios de Medicaid y Medicare que Centers Plan for Medicaid Advantage Plus no cubre, pero que pueden estar cubiertos por Medicaid o Medicare regulares. Es posible que pueda obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid o Medicare utilizando su tarjeta de beneficios de Medicaid o Medicare. Llame a Servicios al Miembro al 1-833-274-5627 si tiene alguna duda sobre si un beneficio está cubierto por MAP de CPHL, Medicare o Medicaid.

A continuación se muestra una lista de algunos de los servicios cubiertos por Medicaid utilizando su tarjeta de beneficios:

Farmacia

La mayoría de los medicamentos recetados están cubiertos por la Parte D de Medicare de MAP de CPHL como se describe en el Capítulo 5 de la EOC de MAP de CPHL. La cobertura regular de Medicaid cubrirá algunos de los medicamentos no cubiertos por Centers Plan for Medicaid Advantage Plus o Medicare. Medicaid también puede cubrir los medicamentos que nosotros negamos.

Ciertos servicios de salud mental, incluyendo los siguientes:

- Tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica
- Tratamiento diurno
- Administración de casos para pacientes con enfermedades mentales graves y persistentes (patrocinada por unidades de salud mental estatales y locales).
- La atención hospitalaria parcial no está cubierta por Medicare
- Servicios de rehabilitación para personas en hogares comunitarios o en tratamiento basado en la familia

- Tratamiento diurno continuo
- Tratamiento asertivo en la comunidad
- Servicios personalizados de recuperación
- Oficina de servicios para personas con discapacidades del desarrollo (Office for People With Developmental Disability, OPWDD).
- Gestión integral de casos de Medicaid
- Programa de exención de servicios comunitarios y en el hogar
- Terapia de observación directa para la tuberculosis
- Atención médica diurna para adultos con SIDA.
- Programa de vida asistida.

Ciertos servicios para discapacidades mentales y del desarrollo, que incluyen:

- Terapias de largo plazo
- Tratamiento diurno
- Coordinación de Servicios de Medicaid
- Servicios recibidos bajo las Exenciones de servicios basadas en el hogar y la comunidad

Otros servicios de Medicaid

- Tratamiento con metadona
- Terapia de observación directa para la TB (tuberculosis)
- Administración de casos del programa COBRA para pacientes con VIH

Planificación familiar

- Servicios de planificación familiar fuera de la red
 - Los miembros pueden ir a cualquier médico o clínica de Medicaid que brinde atención para la planificación familiar. Usted no necesita una remisión de su Proveedor de Atención Primaria (PCP).

A continuación se muestra una lista de algunos de los servicios cubiertos por Medicaid o Medicare utilizando sus tarjetas de beneficios:

Servicios de cuidados paliativos proporcionados a los miembros de Medicare Advantage Plan

- Estos servicios se pueden obtener mediante el uso de su tarjeta de Medicare o Medicaid.

Servicios *no* cubiertos por Centers Plan for Medicaid Advantage Plus o Medicaid

Debe pagar los servicios que no están cubiertos Si su proveedor le informa con anticipación que estos servicios no están cubiertos por Centers Plan for Medicaid Advantage Plus o por Medicaid, entonces usted debe pagarlos; siempre y cuando usted acepte. Ejemplos de servicios no cubiertos por MAP de CPHL o Medicaid:

- Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria
- Artículos personales y de confort
- Tratamiento para la infertilidad
- Servicios de un proveedor que no pertenece al plan (a menos que Centers Plan for Medicaid Advantage Plus lo remita a ese proveedor)

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro al 1-833-274-5627.

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

Estamos orgullosos de ofrecer atención domiciliaria para veteranos para 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 recibir su atención de residencia

geriátrica en una residencia para veteranos del estado de New 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. Lo 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 Atención 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 pautar 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 al mfp@health.ny.gov. También puede visitar MFP/Open Doors en internet en www.health.ny.gov/mfp o www.ilny.org.

Servicios odontológicos

A partir del **31 de Enero de 2024**, Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP) cubrirá coronas y tratamientos de conducto en determinadas circunstancias para que pueda conservar dientes más naturales.

Además, las dentaduras postizas e implantes de reemplazo sólo necesitarán una recomendación de su odontólogo para determinar si son necesarios. Esto le facilitará el acceso a estos servicios odontológicos.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 1-833-274-5627 / TTY 711.

Transporte médico que no es de emergencia

Programación de transporte por razones médicas que no son de emergencia

A partir del 1 de Marzo de 2024, Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP) ya no cubrirá el transporte que no es de emergencia como parte de los beneficios de su plan. Los servicios de transporte por razones médicas que no son de emergencia para miembros inscritos en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus Plan, un Plan de Capitación

Parcial ahora serán organizados por el Agente de Transporte Estatal del Departamento de Salud del Estado de New York, conocido como Servicios de Respuesta Médica (Medical Answering Services, MAS). Esto no cambiará ninguno de sus otros beneficios médicos.

Para organizar transporte médico que no sea de emergencia a partir del 1 de Marzo de 2024, usted o su proveedor deben comunicarse con MAS en <https://www.medanswering.com/> o llamar al [844-666-6270](tel:844-666-6270) (Downstate) o al [866-932-7740](tel:866-932-7740) (Upstate). Si es posible, usted o su proveedor médico deben comunicarse con MAS al menos tres días antes de su cita médica y proporcionar los detalles de su cita (fecha, hora, dirección y nombre del proveedor) y su número de identificación de Medicaid.

Para conocer más sobre estos servicios, visite el [Sitio web de transporte del Departamento de Salud](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/members/medtrans_overview.htm) (https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/members/medtrans_overview.htm)

A partir del 1 de enero de 2023, Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP) cubrirá los servicios de salud conductual (salud mental y adicciones). Es posible que haya recibido algunos de estos servicios antes y ahora puede usar su tarjeta del plan Centers Plan for Medicaid Advantage Plus para obtener estos servicios. Los servicios que cubrirá su plan ahora incluyen:

Atención de salud mental para pacientes ambulatorios para adultos

- **Tratamiento diurno continuo (Continuing Day Treatment, CDT)**
- **Hospitalización parcial (Partial Hospitalization, PH)**

Atención de salud mental de rehabilitación para pacientes ambulatorios para adultos

- **Tratamiento Asertivo en la Comunidad (Assertive Community Treatment, ACT)**
- **Servicios de rehabilitación y tratamiento ambulatorio de salud mental (Mental Health Outpatient Treatment and Rehabilitative Services, MHOTRS)**
- **Servicios personalizados de recuperación (Personalized Recovery Oriented Services, PROS)**

Servicios ambulatorios de rehabilitación de salud mental y adicciones para adultos para miembros que cumplen con los requisitos clínicos. También se conocen como CORE.

Servicios de Recuperación y Empoderamiento Orientados a la Comunidad (Community Oriented Recovery and Empowerment, CORE):

- **Rehabilitación psicosocial (Psychosocial Rehabilitation, PSR)**
- **Tratamiento y apoyos psiquiátricos comunitarios (Community Psychiatric Supports and Treatment, CPST)**
- **Servicios de empoderamiento – apoyo entre pares**
- **Apoyo familiar y capacitación (Family Support and Training, FST)**

Servicios de crisis de salud mental para adultos

- **Programas integrales de emergencia psiquiátrica (Comprehensive Psychiatric Emergency Program, CPEP)**
- **Servicios para situaciones de crisis a través de móviles y telefónicos**
- **Programas residenciales para situaciones de crisis**

Servicios ambulatorios por adicción para adultos

- **Centros de Tratamiento con Opioides (Opioid Treatment Centers, OTP)**

Servicios residenciales por adicción para adultos

- **Servicios residenciales**

Servicios de rehabilitación por adicción para pacientes hospitalizados

- **Centro de tratamiento por adicciones operado por el estado (Addiction Treatment Center, ATC).**
- **Rehabilitación por adicción para pacientes hospitalizados**
- **Desintoxicación supervisada por personal médico para pacientes hospitalizados**

¿Cómo obtengo estos servicios?

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 1-833-274-5627. También puede analizar con sus proveedores cómo acceder a servicios especializados, como CORE.

Descripciones de servicios de salud conductual en MAP Insert

Atención de salud mental para pacientes ambulatorios para adultos

- **Tratamiento diurno continuo (Continuing Day Treatment, CDT):** le proporciona a adultos con enfermedades mentales graves las habilidades y el apoyo necesarios para permanecer en la comunidad y ser más independientes. Uno puede asistir varios días a la semana con visitas de más de una hora de duración.
- **Hospitalización parcial (Partial Hospitalization, PH):** un programa que brinda tratamiento de salud mental diseñado para estabilizar o ayudar con los síntomas agudos de una persona que puede necesitar hospitalización.

Atención de salud mental de rehabilitación para pacientes ambulatorios para adultos

- **Tratamiento Asertivo en la Comunidad (Assertive Community Treatment, ACT):** el ACT es un enfoque de equipo para los servicios de tratamiento, apoyo y rehabilitación. Muchos servicios son brindados por el personal de ACT en la comunidad o donde usted vive. El ACT es para personas a las que se les ha diagnosticado una enfermedad mental grave o problemas emocionales.
- **Servicios de rehabilitación y tratamiento ambulatorio de salud mental (Mental Health Outpatient Treatment and Rehabilitative Services, MHOTRS):** un programa que brinda tratamiento, evaluación y manejo de síntomas. Los servicios pueden incluir terapias individuales y grupales en una clínica de su comunidad.
- **Servicios personalizados de recuperación (Personalized Recovery Oriented Services, PROS):** un programa completo orientado a la recuperación si tiene una enfermedad mental grave y continua. El objetivo del programa es combinar tratamiento, apoyo y terapia para ayudarle en su recuperación.

Servicios ambulatorios de rehabilitación de salud mental y adicciones para adultos para miembros que cumplen con los requisitos clínicos. También se conocen como CORE.

Servicios de Recuperación y Empoderamiento Orientados a la Comunidad (Community Oriented Recovery and Empowerment, CORE): programa de recuperación centrado en la persona con apoyos móviles de salud conductual para ayudar a desarrollar habilidades y promover la participación y la independencia en la comunidad. Los servicios CORE están disponibles para miembros que han sido identificados por el Estado como que cumplen con los criterios de riesgo de salud conductual de alta necesidad. Cualquier persona puede remitir o autorremitirse a los servicios CORE.

- **Rehabilitación psicosocial (Psychosocial Rehabilitation, PSR):** este servicio ayuda con habilidades para la vida, como hacer conexiones sociales; encontrar o mantener un trabajo; comenzar o regresar a la escuela; y el uso de recursos comunitarios.
- **Tratamiento y apoyos psiquiátricos comunitarios (Community Psychiatric Supports and Treatment, CPST):** este servicio le ayuda a controlar los síntomas mediante asesoramiento y tratamiento clínico.
- **Servicios de empoderamiento – apoyo entre pares:** Este servicio lo conecta con pares especialistas que han pasado por la recuperación. Recibirá apoyo y asistencia para aprender a:
 - vivir con problemas de salud y ser independiente,
 - ayudarlo a tomar decisiones sobre su propia recuperación, y
 - encontrar soportes y recursos naturales.
- **Apoyo familiar y capacitación (Family Support and Training, FST):** este servicio brinda a sus familiares y amigos la información y las habilidades para ayudarlo y apoyarlo.

Servicios de crisis de salud mental para adultos

- **Programas integrales de emergencia psiquiátrica (Comprehensive Psychiatric Emergency Program, CPEP):** un programa hospitalario que brinda apoyo en caso de crisis y camas para observación prolongada (hasta 72 horas) a personas que necesitan servicios de salud mental de emergencia.
- **Servicios para situaciones de crisis a través de móviles y telefónicos:** un servicio comunitario que responde a personas que experimentan una crisis de salud mental y/o adicción.
 - A partir del 1 de marzo de 2024, Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP) cubrirá el servicio de respuesta y clasificación telefónica móvil ante crisis para miembros menores de 21 años. Este servicio ya está disponible para los miembros de 21 años de edad o más.

- Actualmente, los miembros menores de 21 años de edad pueden obtener acceso al servicio telefónico de triaje y respuesta móvil para crisis usando su tarjeta de Medicaid. A partir del 1 de marzo de 2024, puede usar su tarjeta del plan Centers Plan for Medicaid Advantage Plus para recibir este servicio.
- Los equipos móviles de crisis pueden ayudarles a usted, a su hijo o a otro miembro de su familia que tenga síntomas de crisis de salud mental y adicción. Estos síntomas pueden ser cosas como:
 - aumento de la ansiedad,
 - depresión,
 - estrés debido a un evento o cambio importante en su vida, o
 - la necesidad de hablar con alguien para impedir una recaída.
- Usted y su familia pueden llamar y hablar con un profesional acerca de una crisis, recibir apoyo y ser remitidos a otros servicios cuando los necesiten.
- Si sufre una crisis, puede llamar o enviar un mensaje de texto al 988 o iniciar un chat en 988 www.988lifeline.org las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 1-833-274-5627.
- **Programas residenciales para situaciones de crisis:** una residencia a corto plazo que brinda servicios las 24 horas del día, hasta por 28 días, para personas que experimentan síntomas de salud mental o dificultades en la vida diaria que empeoran los síntomas. Los servicios pueden ayudar a evitar una estadía en el hospital y respaldar el regreso a su comunidad.

Servicios ambulatorios por adicción para adultos

- Los **Centros de Tratamiento con Opioides (Opioid Treatment Centers, OTP)** son sitios certificados por OASAS donde se administran medicamentos para tratar la dependencia de opioides. Estos medicamentos pueden incluir metadona, buprenorfina y suboxona. Estos establecimientos también ofrecen orientación nutricional y servicios educativos. En muchos casos, puede obtener servicios continuos en una clínica OTP durante toda su vida.

Servicios residenciales por adicción para adultos

- Los **servicios residenciales** son para personas que necesitan apoyo las 24 horas para su recuperación en un entorno residencial. Los servicios residenciales ayudan a mantener la recuperación a través de un entorno estructurado y libre de sustancias. Puede obtener apoyo grupal y aprender habilidades que le ayudarán en su recuperación.

Servicios de rehabilitación por adicción para pacientes hospitalizados

- El **Centro de tratamiento por adicciones operado por el estado (Addiction Treatment Center, ATC)** brinda atención que responde a sus necesidades y respalda la recuperación a largo plazo. El personal de cada establecimiento está capacitado para ayudar con múltiples afecciones, como las enfermedades mentales. También apoyan la planificación del cuidado posterior. Los tipos de servicios de tratamiento de adicciones son diferentes en cada establecimiento, pero pueden incluir tratamiento asistido por medicamentos; problemas con el juego, tratamiento específico de género para hombres o mujeres, y más.

- Los programas de **rehabilitación por adicciones para pacientes hospitalizados** pueden brindarle un entorno seguro para la evaluación, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos por uso de sustancias. Estos establecimientos ofrecen atención las 24 horas, los 7 días de la semana, supervisada en todo momento por personal médico. Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen el manejo de los síntomas relacionados con la adicción y el seguimiento de las complicaciones físicas y mentales resultantes del uso de sustancias.
- Los programas de **desintoxicación supervisada por personal médico para pacientes hospitalizados** ofrecen tratamiento hospitalario para la abstinencia moderada e incluyen supervisión bajo el cuidado de un médico. Algunos de los servicios que puede recibir son valoración médica dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al ingreso y supervisión médica de condiciones de intoxicación y abstinencia.

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 una vez al año. Su PCSP se actualizará en ese momento. 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: 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. 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 Gestor de Atención 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. 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 la atención puede ayudarlo a programar 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 la solicitud y reevaluará sus necesidades para determinar si es médicamente necesario. Es 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 hábiles desde su solicitud para el servicio.
- Estándar – dentro de los 3 días hábiles 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 hábiles 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 debería 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 Atención 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 o 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 asegurar 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 18 años de edad;
- vive en un área de servicios de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (p. ej., en los condados de Bronx, Kings, Nassau, New 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;
- Capaz, al momento de la inscripción, de regresar o permanecer en su hogar y comunidad sin poner en peligro su salud y seguridad
- 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;
- Tiene que necesitar 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 18 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;
- está 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 cumple con los requisitos de elegibilidad que se describieron en la Sección 9, CPHL seguirá el proceso descrito en el “**Evaluador independiente de New York - Proceso de evaluación inicial**” en la sección a continuación.

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.

Evaluador independiente de New York - Proceso de evaluación inicial

El 16 de mayo de 2022, el Centro de Inscripción y Evaluación sin Conflictos (Conflict Free Evaluation and Enrollment Center, CFEEC) se convirtió en el Programa de Evaluadores Independientes de New York (New York Independent Assessor Program, NYIAP). El NYIAP gestionará el proceso de evaluación inicial, excepto las evaluaciones iniciales aceleradas, que comenzarán el 1 de julio de 2022. El proceso de evaluación inicial incluye completar:

- *Evaluación de Salud Comunitaria (Community Health Assessment, CHA)*: La CHA se utiliza para ver si necesita Servicios de Atención Personal y/o Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor (personal care and/or consumer directed personal assistance services, PCS/CDPAS) y si es elegible para inscribirse en un plan de atención administrada a largo plazo (Managed Long Term Care Plan).
- *Cita clínica y orden del médico (Practitioner Order, PO)*: La PO documenta su cita clínica e indica que usted:
 - necesita ayuda con las actividades diarias, y
 - que su condición médica sea estable para que pueda recibir PCS y/o CDPAS en su hogar.

El NYIAP programará tanto la CHA como la cita clínica. La CHA será completada por una enfermera registrada (registered nurse, RN) capacitada. Después de la CHA, un médico de NYIAP completará una cita clínica y una PO unos días después.

Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP) utilizará los resultados de CHA y PO para ver qué tipo de ayuda necesita y crear su plan de atención. Si su plan de atención propone PCS y/o CDPAS durante más de 12 horas por día en promedio, será necesaria una revisión por separado por parte del Panel de Revisión Independiente (Independent Review Panel, IRP) del NYIAP. El IRP es un panel de profesionales médicos que revisará su CHA, PO, plan de atención y

cualquier otra documentación médica. Si se necesita más información, alguien del panel puede examinarlo o hablar sobre sus necesidades con usted. El IRP hará una recomendación a Centers Plan for Medicaid Advantage Plus sobre si el plan de atención satisface sus necesidades.

11. Desafiliación y finalización de beneficios

A los afiliados de Medicaid Advantage Plus no se los desafiliará por cualquiera de las siguientes razones: Gran utilización de los servicios médicos cubiertos, una afección existente o un cambio en la salud del afiliado, disminución de la capacidad mental o comportamiento no cooperativo o perturbador como resultado de sus necesidades especiales a menos que el comportamiento resulte en que el afiliado deje de ser elegible para Medicaid Advantage Plus.

Desafiliación voluntaria

Usted puede optar por la desafiliación voluntaria. Puede solicitar dejar Centers Plan for Medicaid Advantage Plus en cualquier momento y por cualquier motivo. Para solicitar la desafiliación, llame a la Administración de cuidados de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus al 1-833-274-5627. El procesamiento podría demorar hasta seis semanas, dependiendo de cuándo se reciba su solicitud. Puede desafiliarse de Medicaid regular o unirse a otro plan de salud siempre que califique. Si continúa requiriendo servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad (Community Based Long Term Care, CBLTC), como atención personal, debe unirse a otro plan MLTC o programa de exención basado en el hogar y la comunidad para recibir los servicios CBLTC.

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.

Tendrá que irse de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus si:

- Ya no está inscrito en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus para su cobertura de Medicare;
- Ya no es elegible para Medicaid;
- Necesita cuidados en un hogar de ancianos, pero no es elegible para recibir cobertura institucional de Medicaid;
- Está encarcelado (va a prisión);

- Durante cualquier reevaluación mientras vive en la comunidad, se determina que ya no demuestra una necesidad clínica o funcional de los servicios de CBLTC;
- Su único servicio se identifica como Atención Social Diurna;
- Usted se une a un programa de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad, o está inscrito en un programa o se convierte en residente de un centro que está bajo los auspicios de las Oficinas para Personas con Discapacidades del Desarrollo o Servicios para el Alcoholismo y Abuso de Sustancias.

Podemos solicitarle que abandone el Plan

Le pediremos que abandone Centers Plan for Medicaid Advantage Plus si:

- Usted o un familiar suyo o cuidador informal u otra persona en el hogar adquiere una conducta o comportamiento que afecte seriamente la capacidad de CPHL de brindarle servicios.
- Usted proporciona información fraudulenta en un formulario de inscripción a sabiendas, o permite el uso indebido de una tarjeta de inscripción en el Programa MAP.
- Usted no completa ni envía ningún consentimiento o exención necesarios.
- Usted no paga o no hace arreglos para pagar la cantidad de dinero, según lo determine el Distrito Local de Servicios Sociales, que se le adeuda al plan como reducción de gastos/superávit dentro de los 30 días posteriores a la primera fecha de vencimiento del primer monto. (Consulte la Sección 13 a continuación)

Antes de ser desafiliado involuntariamente, CPHL obtendrá la aprobación de NYMC o una entidad designada por el Estado. La fecha de comienzo de la desafiliación será el primer día del mes siguiente al

mes en que se procese la cancelación de la inscripción. Si sigue necesitando servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad, se le pedirá que elija otro plan o será asignado automáticamente a otro plan para brindarle la cobertura de los servicios necesarios.

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 New York que le permite a CPHL prestar servicios de atención médica. CPHL tiene un contrato con el Departamento de Salud del estado de New 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 se desafilia 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 se desafilia de forma involuntaria, se le permitirá reinscribirse en el programa si las circunstancias que motivaron su desafiliación 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 (Local Department of Social Services, LDSS), la Administración de Recursos Humanos (Human Resource Administration, 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 (Human Resource Administration, HRA), el Departamento Local de Servicios Sociales (Local Department of Social Services, 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.

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información contenida en este capítulo cubre sus derechos a todos sus beneficios de Medicare y a la mayoría de sus beneficios de Medicaid. En la mayoría de los casos no usará un proceso para sus beneficios de Medicare y un proceso diferente para sus beneficios de Medicaid. Usualmente usará un solo proceso para ambos. Esto a veces se llama un “proceso integrado” porque integra los procesos de Medicare y Medicaid.

Sin embargo, para algunos de sus beneficios de Medicaid también podría tener derecho a un proceso de apelación externa opcional. Consulte la página 60 para obtener más información sobre el proceso de apelación externa.

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

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

Cuando solicita la aprobación de un tratamiento o servicio, se llama una **solicitud de autorización de servicio (también conocida como solicitud de decisión sobre cobertura)** Para obtener una solicitud de autorización de servicio, usted o su proveedor deben llamar a nuestro número gratuito de Servicios al Miembro al 1-833-274-5627 o enviar su solicitud por escrito a 75 Vanderbilt Avenue, Staten Island, NY 10304.

Autorizaremos cierta cantidad de servicios por un período específico de tiempo. Esto se denomina un **período de autorización**.

Autorización previa

Algunos servicios cubiertos requieren **autorización previa** (aprobación por adelantado) de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP) antes de que los reciba. Usted o alguien de su confianza pueden solicitar la autorización. Los siguientes tratamientos y servicios deben ser aprobados **antes** de que lo reciba:

- Atención en un hogar de ancianos
- Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados

- Podología, incluido el cuidado de rutina para los pies
- Optometría (incluye anteojos)
- Audiología
- Prótesis auditivas y baterías
- Atención odontológica
- Equipo médico
- Suministros médicos
- Suplementos nutricionales enterales y parenterales
- Unidades personales de respuesta a emergencias
- Apoyos sociales y ambientales
- Orientación alimenticia
- Cuidado de salud a domicilio
- Atención de enfermería
- Cuidado personal
- Rehabilitación para pacientes ambulatorios, que incluye:
 - Fisioterapia
 - Terapia ocupacional
 - Terapia del habla
- Entrega de comidas a domicilio
- Atención médica diurna para adultos
- Atención Social Diurna
- Telesalud
- CDPAS - Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor

Revisión concurrente

También puede pedirle a Centers Plan for Medicaid Advantage Plus que autorice una mayor cantidad de un servicio que ya recibe. A esto se le denomina **revisión concurrente**.

Revisión retrospectiva

En ocasiones haremos una revisión de la atención que recibe para ver si aún la necesita. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya ha recibido. A esto se le denomina **revisión retrospectiva**. Le avisaremos si hacemos estas revisiones.

Qué ocurre después de que recibamos su solicitud de autorización de servicio

El plan de salud tiene un equipo de revisión para asegurarse de que usted recibe los servicios que prometemos. Los médicos y enfermeros están en el equipo de revisión. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que usted solicitó es médicamente necesario y que sea el correcto para usted. Para hacerlo revisan su plan de tratamiento y lo comparan con los estándares médicos aceptables.

Podemos decidir denegar una solicitud de autorización de servicio, o aprobarla por una cantidad menor a la que usted solicitó. Un profesional médico calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio que solicitó no es médicamente necesario, un revisor clínico externo tomará la decisión. Un revisor clínico externo puede ser un médico, un enfermero o un profesional médico que usualmente brinda la atención que usted solicitó. Usted puede pedir los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica**, que se usaron para tomar la decisión sobre la necesidad médica.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos usando un proceso **estándar** o **acelerado**. Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión acelerada si creen que un retraso puede causar daños graves a su salud. Si denegamos su solicitud de revisión acelerada, se lo informaremos y procesaremos su solicitud usando el proceso de revisión estándar. En todos los casos revisaremos su solicitud con tanta rapidez como lo requiera su trastorno médico, y sin tardar más de lo

antes mencionado. A continuación se expone más información sobre el proceso acelerado.

Les diremos a usted y a su proveedor, por teléfono y por escrito, si aprobamos o denegamos su solicitud. También le diremos el motivo de la decisión. Le explicaremos qué opciones tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Proceso estándar

Por lo general usamos los **plazos estándar** para notificarle nuestra decisión sobre su solicitud de un artículo o servicio médico salvo cuando hayamos acordado usar los plazos acelerados.

- Una revisión estándar de una solicitud de autorización previa significa que le daremos respuesta en un plazo de 3 días hábiles de que tengamos toda la información necesaria, y a más tardar **14 días calendario** después de recibir su solicitud. Si su caso es una **revisión concurrente** en la que solicita un cambio a un servicio que ya recibe, tomaremos una decisión dentro de un plazo de 1 día hábil desde que tengamos toda la información necesaria, y le daremos una respuesta a más tardar 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si usted solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de los proveedores que no pertenecen a la red) que pueda beneficiarle. Si decidimos emplear días adicionales para tomar una decisión, le informaremos por escrito qué información necesitamos y por qué el retraso es en beneficio de usted. Tomaremos una decisión tan rápido como podamos cuando recibamos la información necesaria, y a más tardar 14 días después del día en el que le solicitamos más información.
- Si cree que **no** debemos tomar días adicionales, puede presentar una "**queja acelerada**". Cuando presente una queja

acelerada, le daremos una respuesta dentro de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para autorizaciones de servicio y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentación de quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro Plan).

Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 14 días calendario (o al terminar los días adicionales, si los tomamos), usted tiene derecho a apelar.

- **Si nuestra respuesta es sí a todo o a una parte de lo que solicitó**, autorizaremos el servicio o le proporcionaremos el artículo que pidió.
- **Si nuestra respuesta es no a todo o a una parte de lo que solicitó**, le enviaremos un aviso por escrito que le explicará por qué dijimos que no. La Sección 2: Apelaciones de Nivel 1 (también conocidas como Nivel 1), más adelante en este capítulo, le indica cómo iniciar una apelación.

Proceso acelerado

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos que concedamos una **"autorización acelerada de servicio"**.

- Una revisión acelerada de una solicitud de autorización previa significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 1 día hábil de que tengamos toda la información necesaria, y a más tardar **72 horas** después de que nos haya hecho su solicitud.
- Podemos tardar **hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta información que podría beneficiarle (tales como registros médicos de los proveedores que no pertenecen a la red) o si usted necesita tiempo para obtener información para que la revisemos. Si decidimos emplear días

adicionales, le informaremos por escrito qué información necesitamos y por qué el retraso es en beneficio de usted. Tomaremos una decisión tan rápido como podamos cuando recibamos la información necesaria, y a más tardar 14 días después del día en el que le solicitamos más información.

- Si cree que no debemos tomar días extra, **puede presentar una "queja acelerada"** (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo las quejas aceleradas, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro Plan, más adelante, para más información). Lo llamaremos tan pronto tomemos la decisión.
- Si no le damos una respuesta en 72 horas (o si existe un período de tiempo extendido al término de dicho período), puede presentar una apelación. Consulte la Sección 2: Apelaciones de Nivel 1, más adelante, para ver cómo presentar una apelación.

Para obtener una autorización de servicio acelerada, usted debe cumplir dos requisitos:

1. Estar solicitando cobertura para atención médica que aún no haya recibido. (No puede obtener una autorización de servicio acelerada si su solicitud se refiere al pago de atención médica que ya recibió).
2. Apegarse a los plazos estándar podrían causar daños graves a su vida o su salud, o alterar su capacidad para funcionar de forma normal.

Si su proveedor nos indica que su salud requiere de una "autorización de servicio acelerada", automáticamente aceptaremos darle una autorización de servicio rápida.

Si solicita una autorización de servicio acelerada por su cuenta, sin apoyo de su proveedor, decidiremos si su salud requiere que le demos una autorización de servicio acelerada.

Si determinamos que su trastorno no cumple con los requisitos para una autorización acelerada de servicios, le enviaremos una carta que lo explica (y usaremos los plazos estándar en su lugar).

- En esta carta le diremos que si su proveedor solicita la autorización de servicio acelerada, le concederemos automáticamente una autorización de servicio acelerada.
- En la carta también le diremos cómo puede presentar una "queja acelerada" sobre nuestra decisión de concederle una autorización de servicio estándar en lugar de la autorización de servicio acelerada que usted solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentación de quejas, incluyendo quejas acelerada, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro Plan más adelante en este capítulo.
- **Si nuestra respuesta es sí a todo o a una parte de lo que solicitó** debemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 72 horas de la recepción de su solicitud. Si extendimos el tiempo necesario para darle nuestra autorización de servicio para su solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta a más tardar al final de dicho período extendido.

Si nuestra respuesta es no a todo o a una parte de lo que solicitó, le enviaremos una explicación detallada por escrito de por qué nos negamos. Si no está satisfecho con nuestra respuesta, tiene derecho a presentar una apelación con nosotros. Consulte la Sección 2: Apelaciones de Nivel 1, más adelante, para ver más información.

Si no le respondemos a tiempo, es lo mismo que si denegáramos su solicitud de autorización de servicio. En ese caso usted tiene derecho a

presentar una apelación con nosotros. Consulte la Sección 2: Apelaciones de Nivel 1, más adelante, para ver más información.

Si cambiamos un servicio que usted ya recibe

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o cancelar un servicio que ya habíamos aprobado y que está recibiendo, debemos avisarle al menos 15 días antes de que cambiemos el servicio.
- Si estamos verificando la atención que recibió en el pasado, tomaremos una decisión sobre pagarla dentro de un plazo de 30 días de que recibamos la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago de un servicio, les enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que deneguemos el pago. **Usted no tendrá que pagar por atención que obtuvo y que el plan o Medicaid cubrían, incluso si posteriormente denegamos el pago al proveedor.**

Usted también puede tener **derechos especiales a Medicare si su cobertura de servicios de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro ambulatorio de rehabilitación integral (CORF)** está por terminar. Para obtener más información sobre estos derechos, consulte el Capítulo 9 de la Evidencia de cobertura de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP).

Qué hacer si quiere apelar una decisión sobre su atención

Si decimos que no a su solicitud de cobertura de un artículo o servicio médico, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si decimos que no, usted tiene derecho a presentar una apelación y pedirnos que reconsideremos la decisión. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea.

- Si decide apelar, significa que irá al Nivel 1 del proceso de apelaciones (ver más adelante).
- Centers Plan for Medicaid Advantage Plus también puede explicarle los procesos de quejas y apelaciones que tiene disponibles, dependiendo de su queja. Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-833-274-5627 para obtener más información sobre sus derechos y sobre las opciones que tiene disponibles.

En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de New York, llamando al 1-866-712-7197.

Sección 2: Apelaciones de Nivel 1 (también conocidas como apelaciones al nivel del plan)

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

Hay algunos tratamientos y servicios para los que necesita recibir aprobación antes de recibirlos, o para poder seguirlos recibiendo. Esto se llama autorización previa. Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio, se llama una solicitud de autorización de servicio. Describimos este proceso previamente, en la Sección 1 de este capítulo. Si decidimos denegar una solicitud de autorización de servicio, o aprobarla por una cantidad menor a la que usted solicitó, recibirá un aviso denominado Aviso de determinación de cobertura integrada.

Si recibe un Aviso de determinación de cobertura integrada y no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa tratar de obtener el

artículo o servicio médico que desea, pidiéndonos que volvamos a estudiar su solicitud.

Usted puede presentar una Apelación de Nivel 1:

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se le llama apelación de Nivel 1 o apelación ante el Plan. En esta apelación analizamos la decisión que tomamos para ver si seguimos todas las normas adecuadamente. Su apelación es analizada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable original. Después de completar la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, que explicaremos más adelante, usted puede solicitar una apelación acelerada.

Pasos para presentar una Apelación de Nivel 1:

- Si no queda satisfecho con nuestra decisión, tiene **60 días** a partir de la fecha del Aviso de determinación de cobertura integrada para presentar una apelación. Si no lo hace a tiempo y tiene una causa justificada para ello, podríamos concederle más tiempo para apelar. Algunos ejemplos de una causas justificadas para no cumplir con el plazo incluyen tener una enfermedad grave que le evitó contactarnos, o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que no ha recibido aún, usted o su proveedor necesitarán decidir si necesita una "**apelación acelerada**".
 - Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación acelerada" son los mismos que se usan para una "autorización de servicio acelerada". Para presentar una apelación acelerada, siga las instrucciones que se usan para solicitar una autorización de servicio acelerada. (Estas instrucciones se

explican en la Sección 1, en la parte sobre el proceso acelerado).

- Si su proveedor nos informa que el estado de su salud requiere una "apelación acelerada", se la concederemos.
- Si su caso consistió de una **revisión concurrente** en la que estábamos revisando un servicio que ya recibía, le concederemos automáticamente una apelación acelerada.
- Puede presentar una apelación acelerada usted mismo o pedirle a alguien de confianza que presente la apelación de Nivel 1 por usted. Por favor, llame a Servicios al Miembro al 1-833-274-5627 si necesita ayuda para presentar una apelación de Nivel 1.
 - Solamente una persona que usted haya designado por escrito puede representarlo durante su apelación. Si usted desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante durante su apelación, puede llenar el formulario de Solicitud de apelación que se adjuntó al Aviso de determinación de cobertura integrada, llenar un formulario de "Nombramiento de Representante", o escribir y firmar una carta en la que nombre a su representante.
 - Para recibir un formulario de "Nombramiento de Representante" llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario. También puede obtener el formulario en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web: <https://centershealthcare.com/centersplan/plans/mapd-plan/appeals-and-grievances>. El formulario autoriza a la persona para actuar en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado, O

- Puede escribir una carta y enviárnosla. (Usted o la persona que nombra en la carta como su representante pueden enviarnos la carta).
- No lo trataremos de manera diferente ni lo trataremos de mala manera por haber presentado una apelación de Nivel 1.
- Usted puede presentar la apelación de Nivel 1 por teléfono o por escrito. Después de su llamada le enviaremos un formulario que resume su apelación telefónica. Puede hacer los cambios necesarios al resumen antes de firmar el formulario y enviárnoslo de nuevo.

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

Si le dijimos que detendríamos, suspenderíamos o reduciríamos los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de proceder.
- Si no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una apelación de Nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de un plazo de 10 días calendario de la fecha del Aviso de determinación de cobertura integrada a más tardar o en la fecha prevista de nuestra decisión, la que ocurra después.
- Si cumple este plazo, usted puede continuar recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 está en

curso. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.

- **Nota:** Si su proveedor solicita que continúe un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba designar a su proveedor como su representante.

Qué ocurre después de que recibamos su apelación de Nivel 1

- Dentro de un plazo de 15 días le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación de Nivel 1. Le informaremos si necesitamos que nos suministre información adicional para tomar nuestra decisión.
- Le enviaremos una copia de su expediente del caso, sin costo alguno, en el que se incluye una copia de su historia clínica y cualquier otra información y registros que usamos para tomar la decisión sobre su apelación. Si se acelera su apelación de Nivel 1, podría haber poco tiempo para analizar esta información.
- Profesionales médicos calificados que no participaron en la primera decisión decidirán las apelaciones de asuntos clínicos. Por lo menos uno de ellos será un revisor clínico externo.
- Las decisiones no clínicas serán tomadas por personas que trabajan a un nivel más elevado que las personas que trabajaron con usted en la decisión original.
- Usted también puede proporcionar información, en persona o por escrito, para que se use para tomar la decisión. Llámenos al 1-833-274-5627 si no está seguro de qué información darnos.
- Le diremos los motivos de nuestra decisión y nuestra justificación médica, si procede. Si denegamos su solicitud, o si la aprobamos por un importe menor al que usted solicitó, le enviaremos un aviso llamado Aviso de decisión de apelación. Si decimos que no a su

apelación de Nivel 1, **automáticamente** enviaremos su caso al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si usamos los plazos de apelación estándar, debemos darle nuestra respuesta a una solicitud **dentro de un plazo de 30 días calendario** de que recibamos su apelación, si esta se refiere a la cobertura de servicios que aún no ha recibido.
- Le daremos una respuesta antes, si su estado de salud lo requiere.
- Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar una decisión, le informaremos por escrito qué información necesitamos y por qué el retraso es en beneficio de usted. Tomaremos una decisión tan rápido como podamos cuando recibamos la información necesaria, y a más tardar 14 días después del día en el que le solicitamos más información.
 - Si cree que **no** debemos tomar días adicionales, puede presentar una "queja acelerada" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presente una queja acelerada, le daremos una respuesta dentro de 24 horas.
 - Para obtener más información sobre el proceso para presentación de quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro Plan, más adelante, para más información).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite aplicable anterior (o antes de que terminen los días extras que tomamos sobre su solicitud de un artículo o servicio médico), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- Una organización externa independiente la revisará.
- Hablaremos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones en la Sección 3: Apelaciones de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a todo o a una parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada dentro de un plazo de 72 horas de que tomemos nuestra decisión.
- **Si nuestra respuesta es no a todo o a una parte de lo que solicitó**, para garantizar que seguimos todas las reglas cuando denegamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación al siguiente nivel de apelaciones**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación irá al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Plazos para una apelación "acelerada"

- Cuando trabajamos con los plazos acelerados, debemos darle nuestra respuesta **dentro de un plazo de 72 horas de que recibamos su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
- Si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos emplear días adicionales para tomar una decisión, le informaremos por escrito qué información necesitamos y por qué el retraso es en beneficio de usted. Tomaremos una decisión tan rápido como podamos cuando recibamos la información necesaria, y a más tardar 14 días después del día en el que le solicitamos más información.

- Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas (o al terminar los días extra que tomamos), automáticamente debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, que se explica en más adelante en la Sección 3: Apelaciones de Nivel 2.

Si nuestra respuesta es sí a todo o a una parte de lo que solicitó, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada dentro de un plazo de 72 horas de que recibamos su apelación.

Si nuestra respuesta es no a todo o a una parte de lo que solicitó, enviaremos automáticamente su solicitud a una organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja ante el plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para analizar la decisión sobre su apelación.

- Durante la apelación de Nivel 2, una organización de revisión independiente, denominada "**Oficina de Audiencias Administrativas Integradas**" u "**Oficina de Audiencias**" revisa nuestra decisión en su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada o no.
- Le informaremos sobre esta organización y le explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones más adelante, en la Sección 3: Apelaciones de Nivel 2.

En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de New York, llamando al 1-866-712-7197.

Sección 3: Apelaciones de Nivel 2

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

Si decimos que **No** a su apelación de Nivel 1, su caso será enviado **automáticamente** al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Oficina de Audiencias** revisa nuestra decisión sobre su apelación de Nivel 1. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada o no.

- **La Oficina de Audiencias es una agencia independiente del Estado de New York.** No está relacionada con nosotros. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se le llama "expediente del caso". **Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia gratuita de su expediente del caso.**
- Usted tiene el derecho de darle información adicional a la Oficina de Audiencias para apoyar su apelación.
- Los revisores de la Oficina de Audiencias analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La Oficina de Audiencias se comunicará con usted para programar una audiencia.
- Si solicitó una apelación acelerada a nuestro plan en el Nivel 1 debido a que su salud podía sufrir daños serios por esperar una decisión en nuestros plazos estándar, su apelación al Nivel 2 automáticamente será acelerada. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de un plazo de 72 horas** de recibir su apelación.

- Si la Oficina de Audiencias necesita reunir más información que lo beneficie, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.**

Si usted realizó una apelación "estándar" en el Nivel 1, también la tendrá en el Nivel 2

- Si presentó una apelación estándar a nuestro plan en el Nivel 1, también la tendrá automáticamente en el Nivel 2.
- La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de un plazo de 90 días calendario** de recibir su apelación.
- Si la Oficina de Audiencias necesita reunir más información que lo beneficie, puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.

Si cumplió los requisitos para la continuación de beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios del servicio, artículo o medicamento bajo apelación también continuarán durante el Nivel 2. Consulte la página 55 para obtener más información sobre la continuidad de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

La Oficina de Audiencias le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos de la misma.

- Si la Oficina de Audiencias responde que **sí** a su solicitud, o a una parte de ella, debemos autorizar el servicio o proporcionarle el artículo **dentro de un plazo de un día hábil de que recibamos la decisión de la Oficina de Audiencias.**
- Si la respuesta de la Oficina de Audiencias es negativa de forma total o parcial para su solicitud, significa que ellos están de acuerdo con nuestro plan en que su petición (o parte de ella) de cobertura por atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama "sostener la decisión" o "desestimar su apelación").

Si la Oficina de Audiencias dice que no a su apelación, o a una parte de ella, usted decide si desea seguir adelante con su apelación.

- Existen dos niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cuatro niveles de apelaciones).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada, debe decidir si desea seguir al Nivel 3 y realizar una tercera apelación. El aviso escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2 contiene los detalles sobre cómo hacerlo.
- El Consejo de Apelaciones de Medicare escucha la apelación de Nivel 3. Después de este nivel, usted puede tener derecho a solicitarle a una corte federal que revise su apelación.
- La decisión que reciba del Consejo de Apelaciones de Medicare en relación a sus beneficios de **Medicaid** será **definitiva**.

En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de New York, llamando al 1-866-712-7197.

Sección 4: Apelaciones externas solamente para Medicaid

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

Usted puede solicitarle al Estado de New York una **apelación externa** independiente si nuestro plan decide denegar la cobertura para un servicio médico que usted y su médico solicitaron porque:

- no era médicamente necesario, o
- era experimental o en fase de investigación, o

- no era diferente de la atención que puede recibir en la red del plan, o
- estaba disponible de parte de un proveedor participante con la capacitación y experiencia correctas para satisfacer sus necesidades.

Esto se conoce como una apelación externa, porque los revisores que toman la decisión no trabajan para el plan de salud ni para el Estado. Estos revisores son personas calificadas autorizadas por el estado de New York. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan, o bien ser un tratamiento experimental. Usted no tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de hacer su apelación al estado:

- Debe presentar una apelación de Nivel 1 ante el plan y obtener la determinación adversa definitiva del plan; o
- Puede solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo si no ha recibido el servicio y solicita una apelación acelerada. (Su médico tendrá que decir que una apelación acelerada es necesaria); o
- Usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelación y pasar directamente a la apelación externa; o
- Usted puede demostrar que el plan no siguió correctamente las reglas al procesar su apelación de Nivel 1.

Tiene **4 meses** a partir de que reciba el Aviso de determinación adversa definitiva para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acordaron omitir el proceso de apelación del plan, debe solicitar la apelación externa dentro de un plazo de 4 meses de que hayan celebrado dicho acuerdo.

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

- Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-833-274-5627 si necesita ayuda para presentar una apelación.
- Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información sobre su problema médico.
- La solicitud de apelación externa dice qué información necesitará.

Estas son algunas maneras de conseguir una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros, 1-800-400-8882.
- Vaya al sitio web del Departamento de Servicios Financieros en www.dfs.ny.gov.
- Llame al plan de salud al 1-833-274-5627.

El revisor tomará una decisión sobre su apelación externa en un plazo de 30 días. Si el revisor de la apelación externa pide más información, puede que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles). El revisor le comunicará tanto a usted como al plan la decisión definitiva dentro de un plazo de dos días después de tomar la decisión.

Puede obtener una decisión más rápido si su médico dice que un retraso afectaría gravemente su salud. Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El revisor de la apelación externa tomará una decisión sobre una apelación acelerada en 72 días o menos. El revisor les comunicará de inmediato la decisión, tanto a usted como al plan, por teléfono o fax. Posteriormente el revisor enviará una carta comunicándole la decisión.

En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de New York, llamando al 1-866-712-7197.

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

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

Esperamos que nuestro plan le dé un buen servicio. Si tiene algún problema con la atención o el tratamiento que recibe de nuestro personal o nuestros proveedores, o si no le agrada la calidad de los servicios que recibe de nosotros, llame a Servicios al Miembro al 1-833-274-5627 o escriba a Servicios al Miembro. **El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar un reclamo”.**

Puede pedirle a alguien de confianza que presente la queja por usted. Si necesita nuestra ayuda debido a un problema con su audición o su vista, o si necesita servicios de traducción, podemos ayudarle. No le dificultaremos las cosas, ni tomaremos decisión alguna en su contra por presentar una queja.

Cómo presentar una queja:

- **Por lo general, llamar a Servicios al Miembro es el primer paso.** Si hay algo más que usted debe hacer, Servicios al Miembro se lo informará. Para comunicarse con Servicios al Miembro llame al 1-833-274-5627 los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-800-421-1220.
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), **puede enviar su queja por escrito.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- 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 tiene la opción de seguir 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 Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP). Revisaremos su queja y le daremos una respuesta por escrito de acuerdo con el plazo acelerado o estándar, como se describe a continuación.

- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicios al Miembro de inmediato.** Puede presentar su queja en cualquier momento después de haber tenido el problema del que desea quejarse.

Qué sucede a continuación:

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **Respondemos a la mayoría de las quejas dentro de un plazo de 30 días calendario.**
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una "autorización de servicio acelerada" o de una "apelación acelerada", **automáticamente le concederemos una "queja acelerada"**. Si usted tiene una queja "acelerada", significa que le daremos **una respuesta dentro de las próximas 24 horas.**
- Si necesitamos información adicional, y la demora es beneficiosa para usted, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- Sin embargo, si ya nos solicitó una autorización de servicio o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja

sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos de casos en los que puede presentar una queja:

- Si nos pidió una "autorización de servicio acelerada" o una "apelación acelerada" y se la negamos.
- Si considera que no cumplimos con los plazos para darle una autorización de servicio o una respuesta a una apelación que haya hecho.
- Cuando una autorización de servicio que hacemos es revisada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos dentro de ciertos plazos, y usted cree que no hemos cumplido los plazos.
- Cuando no le damos una decisión a tiempo, y no transferimos su caso a la Oficina de Audiencias antes de la fecha límite requerida.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte de su queja, o con la totalidad de ella, o no asumimos la responsabilidad del problema por el cual usted presenta la queja, se lo haremos saber. Nuestra contestación incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder sin importar si estamos de acuerdo con la queja o no.

Apelaciones de quejas

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

Cómo presentar una apelación de queja:

- Si no está satisfecho con lo que decidimos, tiene al menos 60 días hábiles después de tener noticias nuestras para presentar una apelación de queja;

- Puede hacerlo por sí mismo, o puede pedirle a alguien de confianza que presente la apelación de queja por usted;
- Debe presentar la apelación de queja por escrito.
 - Si presenta una apelación por teléfono, debe continuarla por escrito.
 - Después de su llamada le enviaremos un formulario que resume su apelación telefónica.
 - Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar el formulario y enviárnoslo. Puede hacer los cambios necesarios antes de enviarnos el formulario.

Qué ocurre después de que recibamos su apelación de queja:

Después de que recibamos su apelación de queja, le enviaremos una carta dentro de un plazo de 15 días hábiles. En la carta le diremos:

- Quién se está encargando de su apelación de queja;
- Cómo comunicarse con esa persona;
- Si necesitamos más información.

Una o más personas calificadas analizarán su apelación de queja. Estos revisores tienen un nivel más alto que los revisores que tomaron la primera decisión sobre su queja.

Si su apelación de queja involucra asuntos clínicos, uno o más personas profesionales médicos calificados analizarán su caso. Por lo menos uno de ellos será un revisor clínico externo que no estuvo involucrado en tomar la primera decisión sobre su queja.

Le informaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 30 días hábiles del momento en que tengamos toda la información necesaria. Si un retraso pondría en riesgo su salud, recibirá nuestra decisión dentro de un plazo de 2 días hábiles de que tengamos toda la información

necesaria para tomar una decisión sobre su apelación. Le diremos los motivos de nuestra decisión y nuestra justificación médica, si procede.

Si aún no está satisfecho, usted o alguien que actúe en su nombre puede presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de New York llamando al 1-866 712-7197.

Sección 6: Avisos electrónicos

CPHL y nuestros proveedores pueden enviarle avisos sobre autorizaciones de servicios, apelaciones ante el plan, quejas y apelaciones de quejas electrónicamente, en lugar de por teléfono o correo postal.

Podemos enviarle estos avisos a través de un portal web. Si desea recibir estos avisos electrónicamente, puede elegir si desea recibir una notificación por correo electrónico o mensaje de texto cuando se publique un nuevo aviso en el portal web.

La opción de avisos por correo electrónico le enviará un correo electrónico que incluirá un enlace para dirigirlo al portal, donde podrá iniciar sesión y ver su(s) aviso(s). Para usar esta opción, necesitará acceso a su correo electrónico y un navegador web con acceso a Internet.

La opción de avisos por mensajes de texto le enviará un mensaje de texto con un enlace para dirigirlo al portal, donde puede iniciar sesión y ver su(s) aviso(s). Para usar esta opción, necesitará un teléfono inteligente con la capacidad de acceder a Internet. Tenga en cuenta que es posible que se apliquen tarifas estándar de mensajes de texto y datos.

El enlace que se proporciona en el correo electrónico o texto lo llevará a un portal web que requerirá que ingrese un nombre de usuario y una contraseña.

Si desea recibir estos avisos electrónicamente, debe pedírnoslo. Para solicitar avisos electrónicos, contáctenos por teléfono, correo electrónico, en línea, fax o correo postal:

Teléfono.....1-855-270-1600
Correo electrónico.....memberportal@centersplan.com
En línea.....CPHLmemberportal.centersplan.com
Fax.....1-917-661-8121
Correo.....75 Vanderbilt Avenue, Staten Island, NY 10304

Cuando se comuniquemos con nosotros, debe:

- Informarnos cómo desea recibir los avisos que normalmente se envían por correo postal,
- Informarnos cómo desea recibir los avisos que normalmente se hacen mediante comunicación telefónica, y
- Proporcionarnos su información de contacto (número de teléfono móvil, dirección de correo electrónico, número de fax, etc.).

Centers Plan for Healthy Living le informará por correo postal que ha solicitado recibir avisos electrónicamente.

15. Sus derechos y responsabilidades como miembro de CPHL

Competencia cultural y lingüística

Centers Plan for Medicaid Advantage Plus honra sus creencias y es sensible a la diversidad cultural. Respetamos su cultura e identidad cultural, y trabajamos para erradicar las disparidades culturales. Contamos con una red de proveedores inclusiva culturalmente competente y promovemos y aseguramos la prestación de servicios de una manera culturalmente apropiada para todos los afiliados. Esto incluye, pero no se limita a, aquellos con conocimientos limitados de inglés, diversos antecedentes culturales y étnicos y diversas comunidades religiosas.

Derechos u responsabilidades del miembro

Centers Plan for Medicaid Advantage Plus hará todo lo posible para garantizar que a todos los miembros se los trate con dignidad y respeto.

Su Gestor de Atención le explicará sus derechos y responsabilidades al momento de su inscripción. Su Gestor de Atención coordinará los servicios de interpretación en caso de que usted los necesite. El personal hará todo lo posible para ayudarlo a ejercer sus derechos.

Derechos del miembro

1. Usted tiene derecho a recibir cuidados médicamente necesarios.
2. Usted tiene derecho a tener acceso oportuno a cuidados y servicios.
3. Usted tiene derecho a tener privacidad respecto a sus expedientes médicos y la oportunidad en que recibe tratamiento.

4. Usted tiene derecho a obtener información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles presentadas de una forma y en un idioma que usted comprenda.
5. Usted tiene derecho a obtener información en un idioma que usted comprenda; puede recibir servicios de traducción oral sin costo alguno.
6. Usted tiene derecho a obtener la información necesaria para dar su consentimiento informado antes de iniciar un tratamiento.
7. Usted tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
8. Usted tiene derecho a obtener una copia de sus expedientes médicos y solicitar que se enmienden o corrijan.
9. Usted tiene derecho a participar en las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a negarse a recibir tratamiento.
10. Usted tiene derecho a estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizadas como medios de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
11. Usted tiene derecho a recibir cuidados médicos independientemente de su sexo, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión.
12. Usted tiene derecho a que le expliquen dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que usted necesita por parte de su plan de cuidados a largo plazo, incluido cómo obtener los beneficios cubiertos prestados por proveedores fuera de la red si no hay proveedores disponibles en la red del plan.
13. Usted tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de New York o el Departamento Local de Servicios Sociales; y el derecho a utilizar el Sistema de Audiencias Imparciales del Estado de New York

y/o una Apelación Externa del Estado de New York, cuando corresponda.

14. Usted tiene derecho a nombrar a alguien para que hable por usted sobre sus cuidados y su tratamiento.
15. Usted tiene derecho a solicitar asistencia del programa Defensor del participante.

Responsabilidades del miembro

1. Recibir servicios cubiertos a través de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus;
2. Usar los proveedores de la red de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus para los servicios cubiertos en la medida en que los proveedores de la red estén disponibles;
3. Obtener autorización previa para servicios cubiertos, excepto para servicios cubiertos preaprobados o en emergencias; Ser visto por su médico, si ocurre un cambio en su estado de salud;
4. Compartir información de salud completa y precisa con sus proveedores de atención médica;
5. Informar al personal de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus sobre cualquier cambio en su salud y hacerle saber si no entiende o no puede seguir las instrucciones;
6. Seguir el plan de atención recomendado por el personal de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (con su opinión);
7. Cooperar y ser respetuoso con el personal de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus y no discriminar al personal de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, edad, capacidad mental o física, orientación sexual o estado civil;

8. Notificar a Centers Plan for Medicaid Advantage Plus dentro de los dos días hábiles posteriores a la recepción de servicios no cubiertos o no preaprobados;
9. Notificar con anticipación a su equipo de atención médica de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus cada vez que no vaya a estar en casa para recibir los servicios o la atención que se le ha asignado;
10. Informar a Centers Plan for Medicaid Advantage Plus antes de mudarse permanentemente fuera del área de servicio, o de cualquier ausencia prolongada del área de servicio;
11. Sus decisiones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de su cuidador;
12. Cumplir con sus obligaciones financieras.

Si tiene una inquietud urgente, el personal de CPHL está disponible para brindarle ayuda 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 garantizan que sus solicitudes se cumplan en caso de que no pueda tomar decisiones por sí mismo. Las Directivas anticipadas pueden presentarse en forma de un poder para la atención médica, un testamento vital o una orden de no resucitar. Estos documentos pueden indicar qué atención desea recibir en determinadas circunstancias y/o pueden autorizar a un familiar o amigo en particular a tomar decisiones en su nombre. A continuación se incluye información adicional sobre los tres tipos 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

Atención 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 Atención podrá asistirlo. Su Gestor de Atención 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:

- Información sobre la estructura y operación de Centers Plan for Medicaid Advantage Plus;
- Criterios de revisión clínica específicos relacionados con una condición de salud particular y otra información que MAP de CPHL considera al autorizar los servicios;
- Políticas y procedimientos sobre información protegida de salud;
- Descripción escrita de los arreglos organizativos y los procedimientos en curso del programa de garantía de calidad y mejora del desempeño;
- Políticas de acreditación de proveedores;
- Una copia reciente del estado financiero certificado de MAP de CPHL ; y políticas y procedimientos utilizados por Centers Plan for Medicaid Advantage Plus para determinar la elegibilidad de un proveedor para participar en la red de proveedores de MAP de CPHL.

Fraude, despilfarro y abuso

Todos tenemos la responsabilidad de ayudar a combatir el fraude, el despilfarro y el abuso. Si sospecha que un proveedor, miembro o alguien del personal de CPHL está involucrado en un fraude, despilfarro,

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 New 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 New 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 7 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 711

Correo electrónico: Memberservices@centersplan.com

www.centersplan.com/map