

ElderServe at Home

PROGRAMA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA A LARGO PLAZO

MANUAL PARA MIEMBROS

© 2010 ElderServe Health, Inc.
Todos los derechos reservados
Edición 2026

ElderServe at Home
Tel.: 1 (800) 370-3600

80 West 225th Street, Bronx, New York 10463 (oficina central)
1630 East 15th Street, Suite 206, Brooklyn, New York 11229
80-02 Kew Gardens Road, Suite 403, Kew Gardens, New York 11415

Índice

LE DAMOS LA BIENVENIDA AL PLAN DE ATENCIÓN ADMINISTRADA A LARGO PLAZO ELDERSERVE AT HOME	1
AYUDA DE SERVICIOS PARA MIEMBROS.....	1
ELEGIBILIDAD PARA LA INSCRIPCIÓN EN EL PLAN DE MLTC	1
PROGRAMA ASESOR INDEPENDIENTE DE NUEVA YORK (NYIAP): PROCESO DE EVALUACIÓN INICIAL	2
SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PLAN DE MLTC ELDERSERVE AT HOME	5
PROCEDIMIENTOS DE CUIDADOS DE TRANSICIÓN	8
MONEY FOLLOWS THE PERSON (MFP)/OPEN DOORS.....	8
SERVICIOS DE MEDICAID NO CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN	9
SERVICIOS NO CUBIERTOS POR ELDERSERVE AT HOME O MEDICAID.....	10
AUTORIZACIONES DE SERVICIOS, MEDIDAS Y APELACIONES DE MEDIDAS	10
QUEJAS Y APELACIONES DE QUEJAS	18
CANCELAR LA INSCRIPCIÓN EN EL PLAN DE MLTC ELDERSERVE AT HOME.....	19
COMPETENCIA LINGÜÍSTICA Y CULTURAL.....	21
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO	22
OPCIÓN DE AVISO ELECTRÓNICO	24

LE DAMOS LA BIENVENIDA AL PLAN DE ATENCIÓN ADMINISTRADA A LARGO PLAZO ELDERSERVE AT HOME

Le damos la bienvenida a ElderServe at Home, un programa de atención administrada a largo plazo (MLTC). El plan de MLTC está especialmente diseñado para personas que tienen Medicaid, y que necesitan atención médica y servicios y apoyos a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS), como atención domiciliaria y atención personal para permanecer en sus hogares y comunidades el mayor tiempo posible.

Este manual le informa sobre los beneficios adicionales que ElderServe at Home cubre desde que se inscribe en el plan. También le informa cómo solicitar un servicio, presentar una queja o cancelar su inscripción en ElderServe at Home. Conserve este manual como referencia, ya que incluye información importante sobre ElderServe at Home y las ventajas de nuestro plan. Lo necesitará para saber qué servicios están cubiertos, y cómo obtenerlos.

AYUDA DE SERVICIOS PARA MIEMBROS

Puede llamarnos en cualquier momento, las 24 horas del día, los siete días de la semana, al número de Servicios para miembros que se indica a continuación.

Tiene a alguien que puede ayudarle en Servicios para miembros:
de lunes a viernes
de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
Llame al 1-800-370-3600; TTY: 711.

Si necesita ayuda en otros momentos, llámenos al 1-800-370-3600; TTY: 711.

Nuestro servicio de guardia, que está disponible
las 24 horas, los siete días de la semana, responderá su llamado.

Sin costo alguno para usted, ElderServe at Home proporciona información en otros idiomas y cuenta con servicios de intérpretes para personas que no hablan inglés, incluidas ayudas y servicios para personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros. Si desea recibir información en otro idioma o si se requiere traducción, llame a Servicios para miembros al 1-800-370-3600, TTY: 711 y solicite hablar con un intérprete o recibir materiales escritos en su idioma.

Si tiene problemas de audición, puede comunicarse con ElderServe at Home llamando al 711 y el operador de retransmisión nos facilitará sus llamadas.

Si tiene una discapacidad visual, podemos ayudarle leyéndole los documentos de ElderServe at Home. Comuníquese con Servicios para miembros para coordinar este servicio. También podemos proporcionarle un manual en letra grande si lo solicita a Servicios para miembros.

ELEGIBILIDAD PARA LA INSCRIPCIÓN EN EL PLAN DE MLTC

El plan de MLTC es para personas que tienen Medicaid. Usted es elegible para inscribirse en el plan de MLTC si:

- 1) Tiene 18 años de edad o más;
- 2) Reside en el área de servicios del plan, que incluye los siguientes condados: Bronx, Kings (Brooklyn), Nueva York (Manhattan), Queens, Richmond (Staten Island), Westchester, Nassau y Suffolk;

- 3) Tiene Medicaid;
- 4) Tiene solo Medicaid o tiene entre 18 y 20 años de edad tanto con Medicaid como con Medicare **y** es elegible para el nivel de atención en un hogar de atención médica especializada;
- 5) Al momento de la inscripción, puede regresar a su hogar o permanecer en él y en su comunidad sin riesgo para su salud y seguridad; **y**
- 6) Se espera que necesitará, al menos, uno de los siguientes servicios y apoyos a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS), cubiertos por el plan de MLTC durante un período continuo de más de 120 días desde la fecha de inscripción:
 - a. Servicios de enfermería en el hogar;
 - b. Terapias en el hogar;
 - c. Servicios de asistencia médica en el hogar;
 - d. Servicios de atención personal en el hogar;
 - e. Atención médica diurna para adultos;
 - f. Enfermería privada; o
 - g. Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor.

La cobertura que se explica en este manual entra en vigencia en la fecha de su inscripción en el plan de MLTC ElderServe at Home. La inscripción en el plan de MLTC es voluntaria.

PROGRAMA ASESOR INDEPENDIENTE DE NUEVA YORK (NYIAP): PROCESO DE EVALUACIÓN INICIAL

El NYIAP realizará una evaluación inicial para las personas que hayan expresado interés en inscribirse en un plan de MLTC. El proceso de evaluación inicial incluye completar lo siguiente:

- **Evaluación de salud comunitaria (CHA):** la CHA se utiliza para ver si necesita servicios de atención personal o servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (PCS/CDPAS) y es elegible para la inscripción en un plan de atención administrada a largo plazo.
- **Cita clínica y orden del médico (PO):** la orden del médico (PO) documenta su cita clínica e indica lo siguiente:
 - que usted necesita ayuda con las actividades diarias; **y**
 - que su afección médica es estable para que pueda recibir PCS o CDPAS en su hogar.

El NYIAP programará tanto la cita clínica como la CHA. La CHA será completada por personal de enfermería registrado y capacitado. Después de la CHA, un médico del NYIAP completará una cita clínica y una PO unos pocos días después.

ElderServe at Home utilizará los resultados de la CHA y la PO para ver qué tipo de ayuda necesita y crear su plan de atención. Si su plan de atención propone PCS o CDPAS durante, en promedio, más de 12 horas al día, se necesitará una revisión independiente por parte del Panel de Revisión Independiente (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 analizar sus necesidades con usted. El IRP hará una recomendación a ElderServe at Home sobre si el plan de atención satisface sus necesidades.

Una vez que el NYIAP complete los pasos de evaluación inicial y determine que usted es elegible para la atención administrada a largo plazo de Medicaid, usted elige en qué plan de atención administrada a largo plazo se inscribirá.

Proceso de inscripción en ElderServe at Home

El NYIAP le notificará el resultado de su evaluación. La evaluación del NYIAP y su evaluación inicial deben completarse e incorporarse en los registros antes de la inscripción en nuestro plan.

Cuando elija inscribirse en ElderServe at Home, comenzaremos el proceso de inscripción. ElderServe at Home aceptará y procesará solicitudes en el orden en que se reciban, sin restricciones y sin discriminación por motivos de edad, sexo, raza, credo, discapacidad física o mental o discapacidad del desarrollo, nacionalidad, orientación sexual, estado de salud o costo de los servicios de salud.

ElderServe at Home verificará su derecho a Medicaid y el tipo de inscripción, y organizará una reunión en su lugar de residencia para que un miembro del personal de enfermería de nuestro Departamento de Admisión lo visite en su hogar para completar una evaluación integral a fin de evaluar su salud y el entorno para el desarrollo de su Plan de atención inicial. Después de la conversación, y con su permiso escrito, el personal de enfermería del Departamento de Admisión contactará a su médico para explicar nuestro programa y solicitar su colaboración, incluidas sus opiniones y aprobación escrita del Plan de atención propuesto. Si desea unirse a ElderServe at Home, pero su médico no quiere colaborar con nosotros, podemos ayudarle a elegir a otro médico.

Para la inscripción, se le pedirá que firme documentos, que incluyen un acuerdo de inscripción, un formulario de exención de responsabilidad médica y un aviso de privacidad. Las solicitudes de inscripción deben enviarse a New York Medicaid Choice (NYMC), el programa de inscripción en atención administrada del estado de Nueva York (NYS), antes del día 20 del mes. Si cumple con los criterios establecidos y NYMC aprueba su solicitud, su inscripción por lo general entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Las solicitudes de inscripción enviadas a NYMC después del día 20 del mes, si son aprobadas por NYMC, entrarán en vigencia el primer día del mes posterior al mes siguiente. Si decide inscribirse, firmará un acuerdo de inscripción y otros documentos requeridos. Durante el proceso de inscripción, explicaremos cómo acceder a los servicios y le daremos una lista de proveedores de la red de ElderServe. Recibirá una tarjeta de identificación personal de ElderServe at Home para los servicios cubiertos por el plan. Recuerde que debe conservar su tarjeta regular de Medicaid y cualquier tarjeta de seguro de terceros para obtener servicios no cubiertos por ElderServe at Home.

Retirada de la solicitud de inscripción

Puede retirar su solicitud en forma verbal o escrita, antes del mediodía del día 20 del mes previo a la fecha de entrada en vigencia de su inscripción. Para retirarse, llame a nuestro plan al 1-800-370-3600, TTY: 711, o escriba a ElderServe Health Plans, Intake Department, 80 West 225th Street, Bronx, NY 10463.

Proceso de rechazo de la inscripción

Su inscripción en ElderServe at Home puede ser rechazada en los siguientes casos:

- No cumple con los criterios de elegibilidad antes detallados; o
- Si su médico no colabora con nosotros y usted no desea cambiar de médico; o
- Si no está inscrito en MLTC y ya está inscrito en un programa de cuidados paliativos, seguirá excluido de inscribirse en planes de MLTC (los inscritos existentes en MLTC que reciben servicios de cuidados paliativos no tienen prohibido transferirse a otro plan de MLTC); o
- Es un paciente hospitalizado o residente de:
 - Un centro psiquiátrico; o
 - Un centro de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo (ICF/IDD); o
 - Un programa de tratamiento residencial a largo plazo para el trastorno por consumo de alcohol/sustancias; o
 - Un programa de vida asistida; o
 - Un hogar de atención médica especializada o un centro residencial de atención médica y no tiene un plan de alta; o
- Está inscrito, y no desea cancelar su inscripción, en:
 - Otro plan de MLTC de Medicaid; o
 - La Sección 1915(c) del Programa de exención para lesión cerebral traumática (TBI) o transición y derivación a hogares de atención médica especializada; o
 - La Sección 1915(c) del Programa de exención o centro de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD); o
- Si había cancelado previamente la inscripción en nuestro plan de forma no voluntaria y las circunstancias de tal cancelación de la inscripción no se modificaron; o
- No da su consentimiento ni firma los documentos requeridos.

Puede apelar el rechazo llamando a NYMC al 1-888-401-6582.

Desarrollo del Plan de atención inicial (POC)

ElderServe at Home revisará la CHA del NYIAP y la PO para informar nuestro desarrollo del POC centrado en su persona. Además, revisaremos la evaluación integral realizada por nuestro personal de enfermería del Departamento de Admisión, que también tiene en cuenta su entorno doméstico y el apoyo comunitario. El personal de enfermería del Departamento de Admisión le presentará el POC propuesto para su aceptación, que es necesario para enviar su solicitud de inscripción. La CHA del NYIAP, la PO y su POC inicial son válidos durante 12 meses, a menos que se requiera otra CHA debido a un cambio significativo en su afección o a petición suya. ElderServe at Home actualizará su POC al menos cada 12 meses, o con más frecuencia si su afección cambia, si lo solicita o si es apropiado por otro motivo.

Si se le cancela la inscripción en otro plan de MLTC y pasa a ElderServe at Home debido a alguno de los siguientes motivos: reducción del área de servicio, cierre, adquisición, fusión u otro acuerdo aprobado; ElderServe at Home continuará proporcionando los servicios conforme a su POC preexistente durante un período continuo de 120 días después de la inscripción en ElderServe at Home o hasta que ElderServe at Home lleve a cabo una evaluación y usted acepte el nuevo POC.

Tarjeta de miembro del plan (ID)

Recibirá su tarjeta de identificación (ID) de ElderServe at Home en el transcurso de 7 a 10 días a partir de la fecha de su inscripción efectiva. Verifique que toda la información de su tarjeta sea correcta. Asegúrese de llevar con usted su tarjeta de identificación en todo momento junto con su tarjeta de Medicaid. Si pierde o le roban su tarjeta, comuníquese con Servicios a los miembros al 1-800-370-3600; TTY 711.

SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PLAN DE MLTC ELDERSERVE AT HOME

Servicios de administración de la atención

Como miembro de nuestro plan, recibirá servicios de administración de la atención. Nuestro plan le proporcionará un administrador de atención que es un profesional de atención médica, por lo general, un enfermero o un trabajador social. Su administrador de atención trabajará con usted y su médico para decidir los servicios que necesita y elaborar un plan de atención.

A través del proceso de planificación de servicios centrados en la persona, un enfermero asignado trabaja con usted, su médico y su familia para desarrollar un POC solo para usted, que se ajuste a sus necesidades particulares. Nos aseguramos de que reciba los servicios de atención médica que necesita. Nuestros experimentados profesionales de la salud están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Su equipo de atención lleva el seguimiento de su estado de salud, presta atención a los cambios en su salud, brinda atención, educa a sus cuidadores sobre cómo garantizar servicios de calidad adaptados a sus necesidades, le enseña a ayudarse mejor a sí mismo, responde sus preguntas y le ayuda a obtener otros servicios que pueda necesitar.

Su POC por escrito incluye servicios médicamente necesarios, cubiertos y pagados a través de ElderServe at Home, y la coordinación de servicios no cubiertos por el plan para cumplir con sus necesidades. Medicaid o Medicare, u otro seguro, pueden pagar en forma directa los servicios no cubiertos por ElderServe at Home, incluidos medicamentos, médicos, servicios hospitalarios y otros servicios médicos. Su POC por escrito describe los servicios que necesita, con qué frecuencia los necesita y durante cuánto tiempo. Identifica, evalúa y le ayuda a controlar los factores físicos, emocionales y sociales que afectan su bienestar. Su POC se revisa al menos cada 12 meses y con mayor frecuencia según lo requiera su afección, o si usted lo solicita. A medida que sus necesidades cambian, el POC cambiará para cubrirlas. Su administrador de atención revisará el POC y hablará con usted sobre cualquier cambio. Puede llamar a su administrador de atención o a cualquier miembro de su equipo de administración de atención si tiene alguna pregunta o inquietud al 1-800-370-3600; TTY 711.

Recibirá al menos un contacto telefónico mensual de su equipo de administración de la atención. El enfermero a cargo de la evaluación, como miembro de su equipo de administración de la atención, hará visitas a domicilio al menos una vez al año para completar una evaluación integral de su salud e identificar cualquier cambio o necesidad que tenga. Trabajaremos en colaboración con su médico sobre su POC, así como con otros profesionales de atención médica, con el fin de asegurarnos de que reciba los servicios que necesita.

Puede solicitar servicios fuera del POC aprobado; sin embargo, deberá obtener la aprobación del plan y la autorización previa para su solicitud. Su administrador de atención, que trabaja con su equipo de administración de atención, se encargará de su solicitud. Todos los servicios cubiertos requieren la aprobación previa de ElderServe at Home, excepto ciertos servicios cubiertos que aprobamos previamente. Para algunos servicios, puede iniciarse una nueva evaluación clínica y puede ser necesaria documentación médica específica para la solicitud.

Para atención fuera del horario laboral, el servicio de guardia de ElderServe at Home y la Línea directa de enfermería están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-800-370-3600, TTY 711.

Otros servicios cubiertos

Debido a que usted tiene Medicaid y califica para MLTC, nuestro plan coordinará y pagará los servicios médicos y sociales adicionales que se describen a continuación. Podrá recibir estos servicios en tanto sean necesarios desde el punto de vista médico, es decir, en tanto y en cuanto sean necesarios para prevenir o tratar su enfermedad o discapacidad. Su administrador de atención ayudará a identificar los servicios y proveedores que necesita. En algunos casos, es posible que necesite una derivación o una orden de su médico para recibir estos servicios. Debe recibir estos servicios de proveedores que formen parte de la red de ElderServe at Home. Si no puede encontrar un proveedor en nuestro plan, debe solicitar la aprobación y autorización previa de ElderServe at Home antes de recibir estos servicios de un proveedor fuera de la red, salvo en el caso de atención de emergencia o de urgencia.

Cuando necesite un servicio cubierto por ElderServe at Home y no esté disponible a través de un proveedor dentro de la red, puede solicitar utilizar un proveedor fuera de la red. Tras la aprobación de su solicitud, le emitiremos una carta de aprobación y procesaremos un acuerdo de caso único para autorizar y establecer la cantidad y la duración de los servicios aprobados por el proveedor fuera de la red. Si algún servicio no se aprueba, o solo se aprueba parcialmente, le emitiremos una Determinación adversa inicial que establece los motivos del rechazo y describe el proceso de apelación.

Cómo acceder a otros servicios cubiertos

Para acceder a cada uno de los servicios que se describen a continuación, comuníquese con su administrador de atención de ElderServe at Home llamando a nuestro plan al 1-800-370-3600, TTY 711. Para acceder a cada servicio, se requiere la autorización previa de ElderServe at Home, que maneja su administrador de atención en coordinación con los departamentos de ElderServe para artículos específicos, como equipos y suministros médicos duraderos, terapias de rehabilitación, etc. Para solicitar autorización previa, usted o su médico deben llamar a ElderServe at Home al 1-800-370-3600; TTY 711.

- **Rehabilitación para pacientes ambulatorios**
- **Cuidado personal** (como asistencia para bañarse, comer, vestirse, ir al baño y caminar)

- **Servicios de atención médica a domicilio no cubiertos por Medicare**, incluidos los servicios de enfermería, asistente de salud en el hogar, terapias ocupacionales, físicas y del habla
- **Nutrición**
- **Servicios médicos sociales**
- **Comidas entregadas a domicilio o comidas en un entorno grupal, como un centro de día**
- **Atención social diurna**
- **Enfermería privada**
- **Atención odontológica*** (consulte el encarte del manual en la página 24 para ver los servicios odontológicos cubiertos adicionales; para dentaduras postizas e implantes de reemplazo, solo necesitará una recomendación de su dentista para determinar si son necesarios).
- **Apoyos sociales/medioambientales** (como servicios de tareas domésticas, modificaciones en el hogar o atención de relevo)
- **Sistema de respuesta ante emergencias personales**
- **Atención médica diurna para adultos**
- **Atención en un hogar de atención médica especializada no cubierta por Medicare (*siempre que sea elegible para Medicaid institucional*)**
- **Audiología***
- **Equipos médicos duraderos (DME)**
- **Suministros médicos**
- **Prótesis y órtesis**
- **Optometría***
- **Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor**
- **Podiatría**
- **Terapia respiratoria**

* NO se requiere autorización previa de ElderServe at Home para estos tres (3) servicios:

- Audiología: exámenes de audición de rutina, uno al año.
- Odontología: exámenes odontológicos de rutina hasta dos veces al año y atención odontológica de emergencia.
- Optometría y anteojos: examen de optometría de rutina; incluye marcos de anteojos, hasta \$100 una vez cada dos años.

Limitaciones

La fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limitan a personas que no pueden obtener nutrición a través de ningún otro medio, y a las siguientes afecciones:

1. personas alimentadas por sonda que no pueden masticar ni tragiar alimentos y deben obtener nutrición a través de la fórmula por sonda; **y**
2. personas con trastornos metabólicos innatos raros que requieren fórmulas médicas específicas para proporcionar nutrientes esenciales no disponibles a través de ningún otro medio.

La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de los aminoácidos y los ácidos orgánicos incluirá alimentos sólidos modificados que son bajos en proteínas o que contienen proteínas modificadas.

La atención en un hogar de atención médica especializada está cubierta para las personas que se consideran una colocación permanente durante al menos tres meses. Después de ese período, su atención en un hogar de atención médica especializada puede estar cubierta a través de Medicaid regular, y se cancelará su inscripción en ElderServe at Home.

Cómo obtener atención fuera del área de servicio

Debe informar a su administrador de atención cuando viaje fuera de su área de cobertura. Si necesita servicios fuera de su área de cobertura, debe ponerse en contacto con su administrador de atención para que le ayude a organizar los servicios.

Servicio de emergencia

Servicio de emergencia significa la aparición repentina de una afección que representa una amenaza grave para su salud. Para emergencias médicas, llame al 911. Como se indicó anteriormente, no se requiere autorización previa para el servicio de emergencia. Sin embargo, debe notificar a ElderServe at Home en un plazo de 24 horas después de la emergencia. Es posible que necesite servicios de atención a largo plazo que solo se puedan proporcionar a través de ElderServe at Home.

Si es hospitalizado, un familiar u otro cuidador debe ponerse en contacto con ElderServe at Home en un plazo de 24 horas desde su ingreso al hospital. Su administrador de atención suspenderá sus servicios de atención domiciliaria y cancelará otras citas, según sea necesario. Asegúrese de notificar a su médico de atención primaria o planificador de alta hospitalaria para que se ponga en contacto con ElderServe at Home a fin de que podamos trabajar con ellos para planificar su atención cuando reciba el alta hospitalaria.

PROCEDIMIENTOS DE CUIDADOS DE TRANSICIÓN

Los inscritos nuevos de ElderServe at Home pueden continuar con un tratamiento que esté en curso de un proveedor de atención médica que no pertenezca a la red, durante un período de transición de hasta 60 días desde la inscripción, si el proveedor acepta el pago a la tarifa del Plan, cumple con la garantía de calidad de ElderServe MAP y otras políticas, y proporciona información médica sobre la atención a su Plan.

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

MONEY FOLLOWS THE PERSON (MFP)/OPEN DOORS

En esta sección, se explicarán los servicios y apoyos disponibles a través de **Money Follows the Person (MFP)/Open Doors**. MFP/Open Doors es un programa que puede ayudarle a mudarse de un hogar de atención médica especializada a su hogar o residencia en la comunidad. Puede calificar para MFP/Open Doors en los siguientes casos:

- Si vivió en un hogar de atención médica especializada durante tres meses o más.
- Si tiene necesidades de salud que se puedan cumplir a través de servicios de su comunidad.

MFP/Open Doors cuenta con personal, denominados pares y especialistas en transición, que se reúnen con usted en el hogar de atención médica especializada para hablar sobre cómo regresar a la comunidad. Los pares y especialistas en transición son diferentes de los administradores de atención y los planificadores del alta hospitalaria. Pueden ayudarle de las siguientes maneras:

- Al brindarle información sobre servicios y apoyos en la comunidad.
- Al buscar servicios que se ofrecen en la comunidad para ayudarle a lograr la independencia.
- Al visitarlo o llamarlo después de su mudanza, para asegurarse de que tiene todo lo que necesita en el hogar.

Para obtener más información sobre MFP/Open Doors, o para programar una visita con un par o especialista en transición, llame a la New York Association on Independent Living (Asociación sobre vida independiente de Nueva York) al 1-844-545-7108 o envíe un correo electrónico a mfp@health.ny.gov. También puede visitar el programa MFP/Open Doors en Internet, en www.health.ny.gov/mfp o www.ilny.us.

SERVICIOS DE MEDICAID NO CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN

Hay algunos servicios de Medicaid que ElderServe at Home no cubre, pero que pueden estar cubiertos por Medicaid regular. Usted puede obtener estos servicios a través de cualquier proveedor que acepte Medicaid mediante el uso de su tarjeta de beneficios de Medicaid. Llame a Servicios para miembros al 1-800-370-3600; TTY 711, si tiene alguna pregunta sobre si un beneficio está cubierto por ElderServe at Home o Medicaid. Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid mediante el uso de su tarjeta de beneficios de Medicaid incluyen:

Farmacia

La mayoría de los medicamentos con receta y sin receta, así como las recetas compuestas, están cubiertos por Medicaid regular o la Parte D de Medicare, si tiene Medicare.

Ciertos servicios de salud mental, incluidos:

- Tratamiento de rehabilitación psiquiátrica intensiva
- Tratamiento diurno
- Gestión de casos para personas con enfermedades mentales graves y persistentes (con el patrocinio de las unidades de salud mental locales o estatales)
- Atención hospitalaria parcial no cubierta por Medicare
- Servicios de rehabilitación para personas en hogares comunitarios o en tratamiento familiar
- Tratamiento diurno continuo
- Tratamiento asertivo comunitario
- Servicios personalizados orientados a la recuperación

Ciertos servicios para la discapacidad intelectual y del desarrollo, incluidos:

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento diurno
- Coordinación de servicios de Medicaid
- Servicios recibidos de conformidad con un programa de exención de servicios en el hogar y en la comunidad

Otros servicios de Medicaid, incluidos:

- Tratamiento con metadona
- Terapia de observación directa para la TB (tuberculosis)
- Gestión de casos relacionados con la ley COBRA para personas con VIH
- Planificación familiar
Ciertos fármacos potenciadores de la ovulación médica necesarios, en caso de cumplirse los criterios
- Transporte médico que no es de emergencia (NEMT) (consulte el encarte del manual NEMT en la página 24 para obtener más detalles)

SERVICIOS NO CUBIERTOS POR ELDERSERVE AT HOME O MEDICAID

Usted debe pagar los servicios que no están cubiertos por ElderServe at Home o Medicaid si su proveedor le informa con antelación que estos servicios no están cubiertos Y usted acepta pagar por ellos. Ejemplos de servicios no cubiertos por ElderServe at Home o Medicaid:

- Cirugía estética, si no es médica necesaria.
- Artículos personales y de bienestar.
- Servicios de un proveedor que no forma parte del plan (a menos que ElderServe at Home lo envíe a ese proveedor).

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para miembros al 1-800-370-3600; TTY 711.

AUTORIZACIONES DE SERVICIOS, MEDIDAS Y APELACIONES DE MEDIDAS

Cuando solicita aprobación para un tratamiento o servicio, eso se llama **solicitud de autorización de servicio**. Para enviar una solicitud de autorización de servicio, debe ponerse en contacto con su administrador de atención y mostrarle la solicitud. Usted o su proveedor pueden llamar a nuestro número gratuito de Servicios para miembros al 1-800-370-3600; TTY 711, o enviar su solicitud por escrito a: ElderServe at Home, 80 West 225th Street, Bronx, NY 10463.

Autorizaremos los servicios por un cierto monto y para un período de tiempo determinado. Esto se denomina **período de autorización**.

Autorización previa

Algunos servicios cubiertos requieren **autorización previa** (aprobación por adelantado) del Departamento de Administración de la Atención de ElderServe antes de que pueda recibirlos o para que pueda seguir recibiéndolos. Usted o alguien de su confianza pueden solicitarla. Los siguientes tratamientos y servicios deben ser aprobados antes de que los reciba:

- Atención médica diurna para adultos
- Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor
- Servicios odontológicos*
- Equipo médico duradero
- Servicios de audición*
- Comidas a domicilio y en instituciones

- Servicios de salud domiciliaria
- Suministros médicos y quirúrgicos, fórmula de nutrición enteral/parenteral, suplementos nutricionales y pilas para audífonos
- Servicios médicos de trabajo social
- Servicios de enfermería, en relación con la atención de salud domiciliaria
- Atención en un hogar de atención médica especializada (se requiere Medicaid institucional)
- Asesoramiento nutricional
- Servicios de cuidados personales
- Sistema de respuesta ante emergencias personales
- Prótesis, órtesis y calzado ortopédico
- Terapia respiratoria
- Apoyos ambientales y sociales
- Atención social diurna, con transporte
- Servicios prestados por telesalud
- Tratamientos, incluidos los físicos, ocupacionales y del habla en su hogar y en otros entornos
- Servicios de visión y anteojos*
- Podiatría (cuidado de los pies)

* Los siguientes servicios no requieren autorización previa:

- Odontología: exámenes de rutina hasta dos veces al año y atención odontológica de emergencia.
- Audiología: exámenes de rutina, uno al año.
- Visión y anteojos: examen de optometría de rutina; incluye marcos de anteojos, hasta \$100 una vez cada dos años.

Su administrador de atención gestiona las solicitudes de autorización previa. Para solicitar autorización previa, usted o su médico deben llamar a ElderServe at Home al 1-800-370-3600; los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Revisión concurrente

También puede pedirle a su administrador de atención del Departamento de Administración de la Atención de ElderServe que obtenga más de un servicio del que usted está recibiendo ahora. Esto se denomina **revisión concurrente**.

Revisión retrospectiva

A veces, haremos una revisión sobre la atención que está recibiendo para determinar si sigue necesitándola. Además, podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya haya recibido. Esto se denomina **revisión retrospectiva**. Le avisaremos si hacemos estas revisiones.

¿Qué sucede después de recibir su solicitud de autorización de servicio?

El plan cuenta con un equipo de revisión para asegurarse de que reciba los servicios que prometimos. El equipo de revisión está integrado por médicos y enfermeros. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que solicitó sea médicaamente necesario y adecuado para usted. Se aseguran de ello revisando su plan de tratamiento teniendo en cuenta los estándares médicos aceptables.

Es posible que decidamos denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto inferior al solicitado. Estas decisiones las tomará un profesional de atención médica capacitado. Si decidimos que un servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión la tomará un revisor clínico experto, que puede ser un médico, un enfermero o un profesional de atención médica que, por lo general, presta la atención que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica**, que se utilizaron para tomar la decisión para las acciones relacionadas con la necesidad médica.

Después de que recibamos su solicitud, la revisaremos en un proceso **estándar** o **acelerado**. Usted o su médico pueden solicitar una revisión *acelerada* si se cree que una demora le ocasionará un daño grave a su salud. Si su solicitud para una revisión *acelerada* resulta rechazada, se lo informaremos y su solicitud se manejará siguiendo el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como lo requiera su afección médica, y no nos tomaremos más tiempo que el indicado a continuación.

Plazos para las solicitudes de autorización previa

- **Revisión estándar:** tomaremos una decisión sobre su solicitud dentro de los 3 días hábiles a partir del momento en el que contemos con toda la información que necesitamos y, en todo caso, recibirá novedades de nosotros, a más tardar, a los 14 días de haber recibido su solicitud. Le informaremos antes del día 14 si necesitamos más información.
- **Revisión acelerada:** tomaremos una decisión y recibirá novedades de nosotros dentro de las 72 horas. Le informaremos dentro de las 72 horas si necesitamos más información.

Plazos para las solicitudes de revisión concurrente

- **Revisión estándar:** tomaremos una decisión dentro del plazo de 1 día hábil a partir del momento en el que contemos con toda la información que necesitamos y, en todo caso, recibirá novedades de nosotros, a más tardar, a los 14 días de haber recibido su solicitud.
- **Revisión acelerada:** tomaremos una decisión en el plazo de 1 día hábil a partir del momento en el que contemos con toda la información que necesitamos. Recibirá noticias nuestras en un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud. Le informaremos dentro del plazo de 1 día hábil si necesitamos más información.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o una decisión acelerada sobre su solicitud de servicio, los plazos antes detallados se prorrogarán hasta 14 días.

Haremos lo siguiente:

- Le escribiremos para decirle qué información necesitamos. Si su solicitud se tramita como una revisión *acelerada*, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos un aviso por escrito.
- Le informaremos por qué la demora lo beneficia.

- Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria y, en todo caso, a los 14 días, a más tardar, del día en que solicitamos más información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también pueden pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto se puede deber a que usted tiene más información para suministrársela al plan con el fin de ayudarlo a decidir su caso. Esto puede hacerse llamando a nuestro plan al 1-800-370-3600; TTY 711, o escribiendo a ElderServe at Home, Service Authorizations, 80 West 225th St., Bronx, NY 10463.

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

Si nuestra respuesta es AFIRMATIVA a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, autorizaremos el servicio o le entregaremos el artículo que solicitó.

Si nuestra respuesta es NEGATIVA a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos un aviso por escrito que explica por qué la rechazamos. Consulte *¿Cómo presento una apelación de una medida?*, que explica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

¿Qué es una medida?

Se toman “medidas” del plan cuando ElderServe at Home rechaza o limita servicios solicitados por usted o su proveedor; rechaza una solicitud de derivación; decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; restringe, reduce, suspende o cancela servicios ya autorizados; rechaza el pago de servicios; no brinda servicios de manera oportuna; o no toma determinaciones de queja o apelación en los plazos requeridos. Las medidas están sujetas a apelaciones. (Consulte la sección *¿Cómo presento una apelación de una medida?* a continuación para obtener más información).

Plazos del Aviso de medida

Si decidimos rechazar o limitar los servicios que solicitó o no pagar una parte o la totalidad de un servicio cubierto, le enviaremos un aviso cuando tomemos dicha determinación. Si proponemos restringir, reducir, suspender o cancelar un servicio autorizado, nuestra carta se enviará, al menos, 10 días antes de la fecha en que pretendemos cambiar el servicio.

Índice del Aviso de medida

Si le enviamos un Aviso de medida, este incluirá lo siguiente:

- Una explicación de la medida que hemos tomado o pretendemos tomar;
- Una aclaración de los motivos de la medida, incluida la justificación clínica, si corresponde;
- Una descripción de su derecho a presentarnos una apelación (incluida una mención de si también tiene derecho a usar el proceso de apelación externa del estado);
- Una descripción de cómo presentar una apelación interna y las circunstancias en las que puede solicitar que agilicemos (aceleremos) nuestra revisión de su apelación interna;

- Una descripción de la disponibilidad de los criterios de revisión clínica en los que nos basamos para tomar la decisión, si la medida implica cuestiones de necesidad médica; o bien, si el tratamiento o servicio en particular fue experimental o de investigación; **y**
- Una descripción de la información que usted o su proveedor deben brindar para que podamos tomar una decisión sobre la apelación, si corresponde.

El aviso también le informará sobre su derecho a una apelación y una audiencia imparcial del estado:

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

Si reducimos, suspendemos o cancelamos un servicio autorizado, el aviso también le informará sobre sus derechos a que sus servicios continúen mientras se decide su apelación. Para que sus servicios continúen, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días posteriores a la fecha de la notificación o la fecha de vigencia prevista de la medida propuesta, lo que ocurra más tarde.

¿Cómo presento una apelación de una medida?

Si no está de acuerdo con una medida que hemos tomado, puede apelarla. Presentar una apelación significa que debemos volver a considerar el motivo de nuestra medida para decidir si fue adecuado. Puede presentar una apelación de una medida ante el plan de forma verbal o por escrito. Cuando el plan le envía una carta sobre una medida que ha tomado (como rechazar o limitar servicios, o bien no pagar por ellos), usted debe presentar una solicitud de apelación en un plazo de 60 días después de la fecha de la notificación. Si reducimos, suspendemos o cancelamos el servicio autorizado y usted desea que sus servicios continúen mientras se decide su apelación, debe solicitar una apelación en el transcurso de 10 días a partir de la fecha de la notificación o la fecha de vigencia prevista de la medida propuesta, lo que suceda más tarde.

¿Cómo me comunico con mi plan para presentar una apelación?

Puede comunicarse con nosotros llamando a nuestro Departamento de Calidad al 1-800-370-3600, TTY 711 o escribiendo a ElderServe at Home, Attn: Quality Department, 80 West 225th Street, Bronx, NY 10463. La persona que reciba su apelación la registrará y el personal correspondiente supervisará su revisión. Le enviaremos un aviso informándole que recibimos su apelación y cómo la manejaremos. La revisión de la apelación estará a cargo de miembros del personal clínico idóneos que no hayan participado en la toma de la decisión o la medida inicial del plan por la que presenta una apelación.

Medidas con las cuales puede solicitar que sigan prestándose los servicios durante el proceso de apelación

Si apela la restricción, reducción, suspensión o cancelación de servicios que actualmente tiene autorizado obtener, debe solicitar una apelación al plan para continuar recibiendo dichos servicios mientras se toma una decisión sobre su apelación. Debemos seguir prestándole el servicio si solicita una apelación al plan a más tardar 10 días después de la fecha del aviso sobre la restricción, reducción, suspensión o cancelación de los servicios; o bien, de la fecha de entrada en vigencia pretendida de la medida propuesta, lo que suceda

después. Para averiguar cómo solicitar una apelación del plan y solicitar ayuda para continuar, consulte la sección “**¿Cómo presento una apelación de una medida?**” mencionada anteriormente.

A pesar de que puede solicitar una continuación de los servicios, si la apelación no se decide a su favor, podemos exigirle el pago de dichos servicios si se prestaron únicamente porque solicitó seguir recibiéndolos mientras se revisaba su caso.

¿Cuánto tiempo le llevará al plan tomar una decisión sobre la apelación de una medida?

A menos que haga una apelación acelerada, revisaremos su apelación de la medida tomada por nosotros como una apelación estándar. Le enviaremos una decisión por escrito tan pronto como su afección médica lo requiera y, a más tardar, 30 días a partir del día en que recibamos una apelación. (El período de revisión puede prorrogarse hasta 14 días si solicita una extensión o necesitamos más información y el retraso es por su propio interés). Durante nuestra revisión, tendrá la oportunidad de presentar su caso en persona y por escrito. También le enviaremos los registros que forman parte de la revisión de la apelación.

Le enviaremos un aviso sobre la decisión que tomemos respecto de su apelación, en el que le informaremos nuestra determinación y la fecha en la que la tomamos.

Si revocamos nuestra decisión de rechazar o limitar los servicios solicitados, o bien, de restringirlos, reducirlos, suspenderlos o cancelarlos, y no se brindaron servicios mientras la apelación estaba pendiente, le prestaremos los servicios en disputa tan rápido como su estado de salud lo requiera. En algunos casos, puede solicitar una apelación “*acelerada*”. (Consulte la sección “**Proceso de apelación acelerada**” a continuación).

Proceso de apelación acelerada

Siempre aceleraremos nuestra revisión si la apelación se refiere a una solicitud de más de un servicio que ya está recibiendo. Si usted o su proveedor consideran que los tiempos de una apelación estándar podrían provocarle un riesgo grave de salud o contra su vida, puede solicitar una revisión *acelerada* de su apelación. Le responderemos con nuestra decisión en un plazo de 2 días hábiles después de que recibamos toda la información necesaria. En ningún caso el plazo para expedir nuestra decisión será superior a las 72 horas después de que recibamos su apelación. (El período de revisión puede prorrogarse hasta 14 días si solicita una extensión o necesitamos más información y el retraso es por su propio interés).

Si no estamos de acuerdo con su solicitud de acelerar su apelación, nos esforzaremos por comunicarnos con usted en persona para informarle que hemos rechazado su solicitud de apelación *acelerada* y que la gestionaremos como apelación estándar. Además, le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión de rechazar su solicitud de apelación *acelerada* en un plazo de 2 días después de la recepción de su solicitud.

¿Qué puede hacer si el plan rechaza su apelación?

Si nuestra decisión sobre la apelación no es completamente a su favor, el aviso que reciba le explicará su derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid ante el estado de Nueva York y cómo obtenerla, quién puede comparecer en la audiencia imparcial en su nombre y, en el caso de ciertas apelaciones, su derecho a solicitar la recepción de servicios mientras la audiencia está pendiente y cómo presentar dicha solicitud.

Nota: Debe solicitar una audiencia imparcial en un plazo de 120 días calendario después de la fecha indicada en el Aviso de determinación adversa final. Si rechazamos su apelación por cuestiones de necesidad médica o porque el servicio en particular fue experimental o de investigación, el aviso también le explicará cómo solicitar una “apelación externa” de nuestra decisión ante el estado de Nueva York.

Audiencias imparciales del estado

Si rechazamos la apelación al plan o no proporcionamos un Aviso de determinación adversa final dentro de los plazos detallados arriba en la sección “**¿Cuánto tiempo le llevará al plan tomar una decisión sobre la apelación de una medida?**”, usted puede solicitar una audiencia imparcial del estado de Nueva York. La decisión de la audiencia imparcial puede anular nuestra decisión. Debe solicitar una audiencia imparcial en un plazo de 120 días calendario después de la fecha en que le enviamos el Aviso de determinación adversa final. Si reducimos, suspendemos o cancelamos un servicio autorizado y usted desea asegurarse de que sus servicios continúen hasta la determinación de la audiencia imparcial, debe realizar su solicitud de audiencia imparcial en el transcurso de 10 días a partir de la fecha indicada en el Aviso de determinación adversa final.

Sus beneficios seguirán vigentes hasta que retire su solicitud de audiencia imparcial o hasta que el funcionario de audiencias imparciales del estado expida una decisión que no sea a su favor, lo que suceda primero.

Si el funcionario de audiencias imparciales del estado revoca nuestra decisión, debemos asegurarnos de que usted reciba los servicios en disputa de inmediato, tan rápido como su estado de salud lo requiera. Si recibió los servicios en disputa mientras su apelación estaba pendiente, seremos responsables del pago de los servicios cubiertos dispuestos por el funcionario de audiencias imparciales.

A pesar de que puede solicitar que sigan prestándose los servicios mientras aguarda la decisión de la audiencia imparcial, si la audiencia no se decide a su favor, es posible que sea responsable del pago de los servicios que eran objeto de la audiencia imparcial.

Para presentar una audiencia imparcial del estado, puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacidad (OTDA):

- Solicitar una audiencia imparcial mediante el formulario de solicitud en línea: [Solicitar audiencia | Audiencias imparciales | OTDA \(ny.gov\)](#)
- Enviar por correo postal el formulario de solicitud de audiencia imparcial impreso:
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023
- Enviar por fax el formulario de solicitud de audiencia imparcial impreso:
(518) 473-6735

- Solicitar una audiencia imparcial por teléfono:
Línea de audiencias imparciales estándar: 1 (800) 342-3334
Línea de audiencias imparciales de emergencia: 1 (800) 205-0110
Línea TTY: 711 (solicite al operador que llame al 1 (877) 502-6155)
- Solicitar una audiencia imparcial en persona:
Ciudad de Nueva York
14 Boerum Place, 1st Floor
Brooklyn, New York 11201

Albany
40 North Pearl Street, 15th Floor
Albany, New York 12243

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

Apelaciones externas ante el estado

Si rechazamos su apelación porque determinamos que el servicio no es médicalemente necesario o es experimental o de investigación, puede solicitar una apelación externa ante el estado de Nueva York. La decisión de la apelación externa está a cargo de revisores que no trabajan para nuestra compañía ni para el estado de Nueva York. Dichos revisores están calificados y han sido aprobados por el estado de Nueva York. No debe pagar por las apelaciones externas.

Si tomamos la decisión de rechazar una apelación por falta de necesidad médica o por el hecho de que el servicio es experimental o de investigación, le proporcionaremos información sobre cómo presentar una apelación externa, incluido un formulario sobre cómo solicitarla, junto con nuestra decisión de rechazo de la apelación. Si desea acceder a una apelación externa, debe presentar el formulario pertinente ante el Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York en un plazo de cuatro meses después de la fecha en que rechacemos su apelación.

Se tomará una decisión sobre la apelación externa en un plazo de 30 días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta 5 días hábiles) si el revisor de apelaciones externas solicita más información. El revisor nos informará a usted y a nosotros la decisión final en un plazo de dos días hábiles después de la fecha en que se tome una decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico indica que un retraso podría perjudicar gravemente su salud. Este proceso se denomina apelación externa acelerada. El revisor de apelaciones externas tomará una decisión acelerada al respecto en 72 horas o menos y nos informará a usted y a nosotros la decisión de inmediato por teléfono o fax. Luego, se enviará una carta en la que se le informará la decisión.

Puede solicitar una audiencia imparcial y una apelación externa al mismo tiempo. En dicho caso, la decisión del funcionario de audiencias imparciales será la que tendrá validez.

QUEJAS Y APELACIONES DE QUEJAS

ElderServe at Home hará todo lo posible por tratar sus inquietudes o problemas lo más rápido posible y darle una respuesta que le resulte satisfactoria. Puede usar nuestro proceso de queja o nuestro proceso de apelación, según el tipo de problema que tenga.

No cambiarán sus servicios ni el trato por parte del personal de ElderServe at Home o de un determinado proveedor de atención médica por el hecho de que presente una queja o una apelación. Mantendremos su privacidad. Le ofreceremos la ayuda que necesite para presentar una queja o una apelación, lo que incluye brindarle acceso a los servicios de un intérprete o asistencia si tiene problemas de la visión o la audición. Puede elegir a una persona (como un pariente, un amigo o un proveedor) para que lo represente.

Para presentar una queja, llame a nuestro Departamento de Calidad al 1-800-370-3600, TTY 711; o escribe a: ElderServe at Home, Attn: Quality Department, 80 West 225th Street, Bronx, NY 10463. Cuando se comunique con nosotros, deberá proporcionarnos su nombre, dirección, número de teléfono y los detalles del problema.

¿Qué es una queja?

Una queja es una comunicación suya dirigida a nosotros para expresar su inconformidad con la atención y el tratamiento recibidos de nuestros miembros del personal o proveedores de servicios cubiertos. Por ejemplo, si una persona fue grosera con usted, no se presentó o usted no está conforme con la calidad de la atención o los servicios que le hemos brindado, puede presentarnos una queja.

El proceso de queja

Puede presentarnos una queja de forma verbal o por escrito. La persona que reciba su queja la registrará, y el personal del plan correspondiente supervisará su revisión. Le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido su queja en la que se incluirá una descripción de nuestro proceso de revisión. Revisaremos su queja y le brindaremos una respuesta por escrito en uno de dos plazos.

1. Si un retraso aumentara considerablemente el riesgo para su salud, tomaremos una decisión en un plazo de 48 horas después de la recepción de la información necesaria, pero el proceso debe finalizar en un plazo de 7 días después de la recepción de la queja.
2. En el caso de las demás quejas, le notificaremos sobre nuestra decisión en un plazo de 45 días después de la recepción de la información necesaria, pero el proceso debe finalizar en un plazo de 60 días después de la recepción de la queja. El período de revisión puede prorrogarse hasta 14 días si usted lo solicita o si necesitamos más información y el retraso es por su propio interés.

Nuestra respuesta incluirá una descripción de lo que descubrimos al revisar su queja y nuestra decisión al respecto.

¿Cómo apelo la decisión sobre una queja?

Si no está conforme con la decisión que tomamos en relación con su queja, puede solicitar una segunda revisión del problema, para lo cual debe presentar una apelación de queja. Puede presentarla de forma oral o por escrito. Debe hacerlo en un plazo de 60 días hábiles

después de la recepción de nuestra decisión inicial sobre su queja. Una vez que recibamos su apelación, le enviaremos una confirmación por escrito, en un plazo de 15 días hábiles, en la que se le indicará el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que designamos para que responda a su apelación. Todas las apelaciones de queja estarán a cargo de los profesionales correspondientes, incluidos, en el caso de las quejas sobre asuntos clínicos, profesionales de atención médica que no hayan participado en la toma de la decisión inicial sobre una queja.

En el caso de las apelaciones de queja estándar, tomaremos una decisión sobre la apelación en un plazo de 30 días hábiles después de que recibamos toda la información necesaria para tomar una determinación. Si un retraso en la toma de la decisión aumentaría considerablemente el riesgo para su salud, usaremos el proceso de apelación de queja *acelerada*. En dicho caso, tomaremos una decisión sobre la apelación en un plazo de 2 días hábiles después de la recepción de la información necesaria. Tanto en el caso de una apelación de queja estándar como en el de una *acelerada*, le proporcionaremos un aviso por escrito con nuestra decisión sobre su apelación de queja. Este aviso incluirá los motivos detallados de nuestra decisión y, si se trata de un asunto clínico, la justificación clínica.

Programa de defensores del participante

Los defensores del participante, conocidos como la Red de Defensoría del Consumidor Independiente (ICAN), es una organización independiente que brinda servicios gratuitos de defensoría a quienes reciben atención médica a largo plazo en el estado de Nueva York. Puede obtener asesoramiento independiente y gratuito sobre sus opciones de cobertura, quejas y apelación. Pueden ayudarle a gestionar el proceso de apelación. También pueden brindarle apoyo antes de inscribirse en un plan de MLTC como ElderServe at Home. Este apoyo incluye asesoramiento imparcial sobre opciones de planes de salud e información general relacionada con el plan. Comuníquese con la ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

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

CANCELAR LA INSCRIPCIÓN EN EL PLAN DE MLTC ELDERSERVE AT HOME

No se cancelará su inscripción al plan de MLTC por ninguno de los siguientes motivos:

- alta utilización de servicios médicos cubiertos;
- una afección existente o un cambio en su salud;
- disminución de la capacidad mental o comportamiento no cooperativo o perturbador como resultado de sus necesidades especiales, a menos que el comportamiento provoque que usted no sea elegible para MLTC.

Cancelación de inscripción voluntaria

Puede solicitar abandonar ElderServe at Home en cualquier momento y por cualquier motivo.

Para solicitar la cancelación de la inscripción, llámenos al 1-800-370-3600 o puede escribirnos. El plan le proporcionará una confirmación por escrito de su solicitud. Incluiríremos un formulario de cancelación voluntaria de la inscripción para que lo firme y nos lo envíe. El proceso podría llevar hasta seis semanas, dependiendo del momento en que

se reciba su solicitud. Puede cancelar su inscripción en Medicaid regular o afiliarse a otro plan de salud en tanto califique. Si continúa necesitando CBLTSS, como atención personal, debe afiliarse a otro plan de MLTC, a un plan de atención administrada de Medicaid o a otro programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, con el fin de recibir servicios de CBLTSS.

Transferencias

Puede probar nuestro plan durante 90 días. Puede abandonar ElderServe at Home, transferirse y unirse a otro plan de salud en cualquier momento durante ese período. Si no abandona ElderServe at Home durante los primeros 90 días, debe permanecer en el plan durante nueve meses más, a menos que tenga un buen motivo (razón justificada).

- Se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Usted, el plan, el Departamento de Servicios Sociales de su condado o el Departamento de Salud del estado de Nueva York están de acuerdo en que abandonar ElderServe at Home es la mejor opción para usted.
- Su proveedor de atención domiciliaria actual no trabaja con nuestro plan.
- No hemos podido proporcionarle los servicios según lo exige nuestro contrato con el estado.

Si usted califica, puede cambiar a otro tipo de plan de atención administrada a largo plazo como Medicaid Advantage Plus (MAP) o los Programas de atención integral para personas de la tercera edad (PACE) en cualquier momento sin una razón justificada.

Para cambiar de planes: llame a New York Medicaid Choice al 1-888-401-6582. Los asesores de New York Medicaid Choice pueden ayudarle a cambiarse de plan de salud.

Es posible que la activación de su inscripción en un nuevo plan demore entre dos y seis semanas. Recibirá un aviso de New York Medicaid Choice donde se le indicará la fecha a partir de la cual estará inscrito en su nuevo plan. ElderServe at Home le proporcionará la atención que necesite hasta ese momento.

Llame a New York Medicaid Choice si necesita pedir que se tomen medidas más rápidas si el tiempo que demora la transferencia de los planes puede ser perjudicial para su salud. Además, puede solicitar que se tomen medidas más rápidas si le había informado a New York Medicaid Choice que no estaba de acuerdo con inscribirse en ElderServe at Home.

Cancelación de inscripción involuntaria

Una cancelación involuntaria de la inscripción es una cancelación de la inscripción iniciada por ElderServe at Home. Si usted no solicita la cancelación voluntaria de la inscripción, debemos iniciar la cancelación involuntaria en el transcurso de cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que sepamos que usted cumple con cualquiera de los motivos de la cancelación involuntaria de la inscripción.

Tendrá que abandonar ElderServe at Home si:

- Ya no es elegible para Medicaid.
- Se muda de forma permanente fuera del área de servicio de ElderServe at Home.

- Se ausenta del área de servicio del plan durante más de 30 días consecutivos.
- Necesita atención en un hogar de atención médica especializada, pero no es elegible para Medicaid institucional.
- Es hospitalizado durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más.
- Es admitido en un programa residencial de la Oficina de Salud Mental (OMH), la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo o la Oficina de Servicios y Apoyos para Adicciones, o en un centro psiquiátrico de la OMH operado por el estado durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más.
- Se determina que usted ya no tiene una necesidad funcional o clínica de CBLTSS.
- Solo tiene Medicaid y ya no cumple con el nivel de atención necesario para el hogar de atención médica especializada, según lo determinado mediante la herramienta de evaluación designada.
- Recibe atención social diurna como su único servicio.
- Ya no necesita, pero recibe al menos un CBLTSS por mes calendario.
- Está preso.
- Brinda información falsa, o engañosa de otro modo, al plan o tiene una conducta fraudulenta en relación con cualquier aspecto significativo de su afiliación al plan.

Podemos pedirle que abandone ElderServe at Home si usted:

- o un familiar, o un cuidador informal u otra persona del hogar, se involucran en conductas o comportamientos que afecten seriamente la capacidad del plan para proporcionar servicios;
- no paga ni hace arreglos para pagar el monto de dinero, según lo determine el Departamento Local de Servicios Sociales, adeudado al plan como desembolso/excedente dentro de los 30 días siguientes al vencimiento del monto por primera vez. Habremos hecho un esfuerzo razonable para obtener el pago.

Antes de que se cancele su inscripción de forma involuntaria, ElderServe at Home obtendrá la aprobación de New York Medicaid Choice (NYMC) o de la entidad designada por el estado. La fecha de entrada en vigencia de la cancelación de su inscripción será el primer día del mes posterior al mes en el que ocurrió el evento que provocó que ya no fuera elegible para la inscripción. Si sigue necesitando CBLTSS, se le pedirá que elija otro plan o se le asignará automáticamente otro plan.

COMPETENCIA LINGÜÍSTICA Y CULTURAL

ElderServe at Home honra sus creencias y es sensible a la diversidad cultural. Respetamos su cultura e identidad cultural, y trabajamos para eliminar las disparidades culturales. Mantenemos una red de proveedores inclusiva y con competencia cultural, y promovemos y garantizamos la prestación de servicios de una manera culturalmente adecuada a todos los miembros. Esto incluye, entre otros, a aquellos con habilidades limitadas en inglés, antecedentes culturales y étnicos diversos, y distintas comunidades religiosas.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

ElderServe at Home hará todo lo posible para garantizar que todos los miembros sean tratados con dignidad y respeto. En el momento de la inscripción, su administrador de atención le explicará sus derechos y responsabilidades. Si necesita servicios de interpretación, su administrador de atención los organizará. El personal hará todo lo posible para ayudarle a ejercer sus derechos.

Derechos de los miembros

- Tiene derecho a recibir la atención médica necesaria.
- Tiene derecho a acceder a tiempo a la atención y los servicios.
- Tiene derecho a que se mantenga la privacidad de su historia clínica y del momento en que recibe tratamiento.
- Tiene derecho a obtener información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, y a que dicha información se presente de una manera y en un idioma que entienda.
- Tiene derecho a obtener información en un idioma que entienda; podrá recibir servicios de interpretación sin cargo.
- Tiene derecho a obtener la información necesaria para poder dar un consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.
- Tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- Tiene derecho a obtener una copia de su historia clínica y pedir su modificación o corrección.
- Tiene derecho a participar en la toma de decisiones sobre su atención, incluso a rechazar un tratamiento.
- Tiene derecho de estar libre de cualquier forma de limitación o aislamiento que pueda utilizarse como medio para la coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tiene derecho a recibir atención sin consideración de sexo, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión.
- Tiene derecho a recibir información sobre dónde, cuándo y cómo recibir los servicios que necesita de su plan de atención administrada a largo plazo, incluido cómo obtener los beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red en caso de que no estén disponibles en la red del plan.
- Tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York o su Departamento Local de Servicios Sociales.

- Tiene derecho a utilizar el sistema de audiencia imparcial del estado de Nueva York o a presentar una apelación externa del estado de Nueva York, cuando corresponda.
- Tiene derecho a designar a una persona para que hable en su nombre sobre su atención y tratamiento.
- Tiene derecho a pedir ayuda al programa de defensores del participante.

Responsabilidades de los miembros

- Recibir servicios cubiertos a través de ElderServe at Home.
- Usar proveedores de la red de ElderServe at Home para servicios cubiertos en la medida en que los proveedores de la red estén disponibles.
- Obtener autorización previa para servicios cubiertos, excepto para servicios cubiertos previamente aprobados o en emergencias; que su médico lo vea, si se produce un cambio en su estado de salud.
- Compartir información de salud completa y precisa con sus proveedores de atención médica.
- Informar al personal de ElderServe at Home sobre todo cambio en su salud, e indicar si no entiende o no puede seguir las instrucciones.
- Seguir el plan de atención recomendado por el personal de ElderServe at Home (con su opinión).
- Cooperar y ser respetuoso con el personal de ElderServe at Home, y no discriminar al personal por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, edad, capacidad mental o física, orientación sexual o estado civil.
- Notificar a ElderServe at Home en el transcurso de dos días hábiles a partir de la recepción de servicios no cubiertos o no aprobados previamente.
- Notificar a su equipo de atención médica de ElderServe at Home con anticipación siempre que no esté en su hogar para recibir los servicios o la atención que se hayan organizado para usted.
- Informar a ElderServe at Home antes de mudarse de forma permanente fuera del área de servicio o de cualquier ausencia prolongada del área de servicio.
- Responsabilizarse de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de su cuidador.
- Cumplir con sus obligaciones financieras.

Instrucciones anticipadas

Las instrucciones anticipadas son documentos legales que garantizan que sus solicitudes se cumplan en caso de que no pueda tomar decisiones por sí mismo. Las instrucciones anticipadas pueden venir en forma de un apoderado de atención médica, un testamento vital o una orden de no resucitar. Estos documentos pueden indicar qué atención desea recibir en determinadas circunstancias o pueden autorizar a un familiar o amigo en particular a tomar decisiones en su nombre.

Es su derecho establecer instrucciones anticipadas como desee. Es más importante que documente cómo desea que continúe su atención si ya no puede comunicarse con los proveedores de manera informada debido a una enfermedad o lesión. Póngase en contacto con su administrador de atención para obtener ayuda para completar estos documentos. Si ya tiene instrucciones anticipadas, comparta una copia con su administrador de atención.

Información disponible a pedido

- Información sobre la estructura y el funcionamiento de ElderServe at Home.
- Criterios de revisión clínica específicos relacionados con una afección médica en particular y otra información que ElderServe at Home considera al autorizar servicios.
- Políticas y procedimientos sobre información médica protegida.
- Una descripción escrita de nuestros acuerdos de organización y de 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 ElderServe at Home; políticas y procedimientos utilizados por ElderServe at Home para determinar la elegibilidad de un proveedor.

OPCIÓN DE AVISO ELECTRÓNICO

ElderServe at Home y nuestros proveedores pueden enviarle avisos sobre autorizaciones de servicios, apelaciones de planes, quejas y apelaciones de quejas de manera electrónica, en lugar de por teléfono o correo.

ElderServe at Home puede enviarle estos avisos por correo electrónico.

Si desea recibir estos avisos de manera electrónica, debe pedírnoslo. Para solicitar avisos electrónicos, contáctenos por teléfono, correo electrónico o correo postal:

Teléfono 1-800-370-3600; usuarios de TTY: 711
Correo electrónico RecordsRequest@elderservehealth.org
Correo postal 80 West 225 St., Bronx, NY 10463

Cuando se comunique con nosotros, debe:

- Decirnos cómo desea recibir avisos que normalmente se envían por correo;
- Decirnos cómo desea recibir avisos que normalmente se hacen por teléfono; y
- Darnos su información de contacto (número de teléfono móvil, dirección de correo electrónico, número de fax, etc.).

ElderServe at Home le informará por correo que ha solicitado recibir avisos de manera electrónica.

Servicios odontológicos adicionales

A partir del **31 de enero de 2024**, ElderServe at Home cubrirá coronas y tratamientos de conducto en determinadas circunstancias para que pueda conservar una mayor cantidad de sus dientes naturales.

Además, las dentaduras postizas y los implantes de reemplazo solo necesitarán una recomendación de su dentista para determinar si son necesarios. Esto le facilitará el acceso a estos servicios odontológicos.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para miembros al 1-800-370-3600 de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Transporte médico para casos que no sean de emergencia

A partir del 1 de marzo de 2024, ElderServe at Home ya no cubrirá el transporte que no sea de emergencia como parte de los beneficios de su plan. Los servicios de transporte médico que no sean de emergencia para miembros inscritos en ElderServe at Home, un plan de capacitación parcial de atención administrada a largo plazo, ahora serán organizados por el agente de transporte estatal del Departamento de Salud del estado de Nueva York, conocido como 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 (dentro del estado) o al 866-932-7740 (al norte del estado). 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 obtener más información sobre estos servicios, visite el sitio web de transporte del Departamento de Salud.

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-370-3600 TTY:711	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-370-3600 TTY: 711.	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-370-3600 TTY: 711.	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوافر لك بالمجان. اتصل برقم رقم هاتف الصم والبكم 1-800-370-3600 TTY:711	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-800-370-3600 TTY: 711. 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-370-3600 (телефайп: TTY: 711).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-370-3600 TTY: 711.	Italian
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-370-3600 TTY: 711.	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-370-3600 TTY: 711.	French Creole
אויפערקזאָם: אויב אַיר רעדט אִידיש, זענען פֿאָרְהָאָן פֿאָר אַיְר שְׁפָרָאָךְ הַילְּפָעָן עֲרֹוֹוַיְסָעָדָה פֿון אַפְּצָאָל. רַוְּפַט. 1-800-370-3600 TTY: 711.	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-370-3600 TTY: 711	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-370-3600 TTY: 711.	Tagalog
লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮০০-৩৭০-৩৬০০ TTY: 711.	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-370-3600 TTY: 711.	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-370-3600 TTY: 711.	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-370-3600 TTY: 711	Urdu