

VillageCareMAX
Plan de Cuidados Administrados a Largo
Plazo (MLTC)
MANUAL DEL MIEMBRO

MANUAL DEL MIEMBRO/MEMBER HANDBOOK (Spanish)

VILLAGECAREMAX

Bienvenido a VillageCareMAX

VillageCareMAX —un plan de Cuidado de Salud Administrado a Largo Plazo (*Managed Long-Term Care*, MLTC) de Medicaid— ha sido creado con el objetivo de ayudarle a que continúe viviendo en su hogar el mayor tiempo posible. Muchos de los servicios que recibirá como miembro de VillageCareMAX serán proporcionados directamente en su propio hogar. Como miembro de VillageCareMAX, contará con un equipo de profesionales de atención médica que trabajará junto a usted para ayudarle a obtener la atención que necesita. Uno de los mejores aspectos de VillageCareMAX es que usted tendrá un Administrador de Cuidado, la cual es una enfermera registrada o un/una asistente social que le ayudará a que reciba la atención que necesita de modo que pueda vivir la vida que desea. Ellos le ayudarán a comprender sus necesidades de salud, arreglar por los servicios que necesita y le enseñarán cómo mantenerse lo más saludable posible.

Le recomendamos que revise atentamente este Manual del miembro. Si tiene alguna pregunta sobre el Plan, no dude en llamarnos o escribirnos:

VillageCareMAX
112 Charles Street
New York, NY 10014
1-800-469-6292
TTY 711

Si no habla inglés, VillageCareMAX pondrá a su disposición personal y/o servicios de traducción para poder comunicarse con usted en persona o por teléfono, cualquiera sea el idioma que hable. Este servicio es gratuito. Además, los materiales impresos de VillageCareMAX están disponibles en inglés, ruso, y chino.

Si tiene necesidades especiales de audición o visión, VillageCareMAX tomará con gusto las medidas que se requieran, las cuales se adecuarán a las necesidades de cada caso individual. Este también es un servicio gratuito para todos los miembros de VillageCareMAX.

**Números de
Teléfono Importantes
de VillageCareMAX:**



Servicios a los miembros
7 días a la semana
de 8a. m. a 8p. m.

VillageCareMAX
1-800-469-6292)
Número gratuito

TTY 711

Fuera del horario de atención después de las 8 p. m. y antes de las 8 a. m., durante los fines de semana y los feriados, nuestro servicio de respuesta automática tomará su mensaje y se comunicará con el personal de turno para brindarle asistencia. La persona de turno se comunicará con usted tan pronto como sea posible. También hay asistencia disponible 24 horas al día, 7 días a la semana.

Índice

¿Por qué VillageCareMAX es especial?.....	4
¿Quién reúne los requisitos para inscribirse en VillageCareMAX?	6
¿Qué servicios están cubiertos por VillageCareMAX?	9
¿Qué servicios no están cubiertos por VillageCareMAX?	19
¿Qué ocurre si tengo otro seguro de salud?	20
¿Qué sucede con mi cobertura de Medicare?	20
¿Cómo me inscribo?	21
¿Cómo obtengo los servicios que necesito?.....	22
¿Qué debo hacer si quiero presentar una queja formal?	29
¿Qué es una medida del Plan?	30
Autorizaciones de servicio y requisitos de acción.....	36
¿Puedo irme del Plan?.....	41
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?	43
El Dinero Sigue a la Persona (MFP) / Puertas Abiertas	46
Notificación de no discriminación	46

¿Por qué VillageCareMAX es especial?

Cuando se inscriba en VillageCareMAX, se unirá a un plan de Cuidado de Salud Administrado a Largo Plazo que provee una amplia gama de servicios designados para mantenerle seguro en su hogar.

En VillageCareMAX, un equipo de profesionales de atención médica trabajará directamente con usted para ayudarle a obtener la atención que necesita. Este equipo de profesionales de atención médica (su equipo de atención) está formado por su médico de atención primaria, un asistente social, un representante de Servicios a los miembros, sus cuidadores y su Administrador de Cuidado de VillageCareMAX, que es una enfermera registrada o un/una asistente social. Su Administrador de Cuidado o estará a cargo del equipo de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita. La atención que necesite puede incluir servicios de atención a largo plazo cubiertos por Medicaid, como atención en el hogar, atención personal, terapias de rehabilitación y atención médica diurna para adultos. También puede incluir otros servicios no cubiertos por VillageCareMAX que pueda necesitar para mantenerse saludable. Estos servicios se denominan servicios coordinados e incluyen, entre otros, consultas médicas, atención hospitalaria y servicios de laboratorio.

Su Administrador de Cuidado lo visitará en su hogar en un horario de acuerdo con sus necesidades de atención médica para asegurarse de que se encuentre bien y para garantizar que tenga lo que necesita para continuar viviendo en forma segura en su hogar el mayor tiempo posible. Su Administrador de Cuidado evaluará sus necesidades de atención médica en forma continua junto con usted y su equipo de atención. Se asegurará de que tenga un plan de cuidado de salud que sea adecuado a su situación y que satisfaga sus necesidades de atención médica. Su plan de cuidado de salud incluirá los servicios cubiertos y coordinados que usted necesita para alcanzar los objetivos y resultados que usted y su equipo de atención desea lograr. Junto con su equipo de atención, el Administrador de Cuidado evaluará formalmente su plan de cuidado de salud cada seis meses, o con más frecuencia si su condición cambia, y se asegurará que se presten los servicios cubiertos y coordinados que usted necesita para mantenerse bien y continuar viviendo en forma segura en su hogar.

Uno de los numerosos beneficios de VillageCareMAX es que si usted necesita algo o tiene alguna pregunta, lo único que debe hacer es llamar a nuestro número gratuito de servicios a los miembros para obtener ayuda. Uno de los representantes de servicios a los miembros responderá la llamada. Ellos podrán ayudarle con sus preguntas y con la atención que necesite, y lo pondrán en contacto con su Administrador de Cuidado, en caso de que sea necesario. Su representante de servicios a los miembros trabajará directamente con usted durante toda su membresía. No dude en preguntar por esa persona cuando llame. Simplemente recuerde que todos nuestros representantes de servicios a los miembros están

capacitados y preparados para ayudarle.

Otro excelente aspecto de VillageCareMAX es que no es necesario que cambie de médicos cuando se inscriba. Si no tiene un médico de atención primaria, su Administrador de Cuidado puede ayudarle a elegir uno.

Cuando se afilie al Plan, recibirá una tarjeta de identificación de miembro (identificación del miembro). Deberá usar esta tarjeta para obtener los servicios cubiertos por VillageCareMAX.

Como miembro de VillageCareMAX, debe usar proveedores de nuestra red para los servicios cubiertos. Contamos con una red de proveedores calificados, incluidos los siguientes: agencias de cuidados en el hogar, odontólogos, podólogos, optometristas, audiólogos y otros proveedores. Cuando se afilie, recibirá una guía de proveedores. De tanto en tanto actualizaremos el directorio. Puede encontrar el directorio actualizado en nuestro sitio en la red www.villagecaremax.org, o llamarnos al 1-800-469-6292 (TTY 711) y le enviaremos uno por correo. También recibirá información actualizada sobre nuestros proveedores a lo largo del año, cuando surja un cambio en los proveedores o en su información. VillageCareMAX tiene una casa para veteranos en su red. La colocación a largo plazo en la casa del veterano está disponible para cada veterano, cónyuge de un veterano y para los padres de un miembro Gold Start. Por favor, informe a VillageCareMAX si necesita servicios en la casa de un veterano.

En VillageCareMAX entendemos las necesidades de los miembros. Tomaremos las medidas adecuadas para cubrir las necesidades de miembros con dificultades en la audición/visión, con servicios como impresión de documentación en letra ampliada y servicio TTY. En VillageCareMAX podemos comunicarnos con todos los miembros en sus idiomas nativos, ya sea directamente a través de empleados del Plan o mediante servicios de traducción. Este es un servicio sin cargo para nuestros miembros. Además, nuestro Manual del miembro y los materiales impresos están disponibles en inglés, español, chino, y ruso.

En VillageCareMAX valoramos a nuestros miembros y estamos a su disposición para ayudarle. En ocasiones, le pediremos consejos sobre posibles mejoras al Plan, sobre cómo podemos simplificar los servicios para que reciba la atención que necesita con más facilidad y sobre cómo podemos mejorar la calidad de los servicios que le proporcionamos. Su opinión es importante para nosotros y para su atención. Si necesita informarnos algo sobre su atención, puede hacerlo llamando en cualquier momento a Servicios a los Miembros al 1-800-469-6292 (TTY 711).

¿Quién reúne los requisitos para inscribirse en VillageCareMAX?

Si usted necesita cierto tipo de servicios de cuidados a largo plazo de base domiciliaria o comunitaria y tiene Medicaid y Medicare, debe afiliarse a un plan de Cuidado de Salud Administrado a Largo Plazo en orden de obtener estos servicios: Estos servicios incluyen:

- Servicios de atención personal en el hogar
- Servicios de salud en el hogar
- Servicios de atención médica diurna para adultos
- Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor
- Enfermería privada

Una enfermera diplomada le hará una evaluación y determinará si es elegible para inscribirse en VillageCareMAX.

Para inscribirse en VillageCareMAX debe:

1. Ser mayor de 18 años .
2. Ser residente del Bronx, Brooklyn, Manhattan o Queens.
3. Mostrar la necesidad y requerir uno de los servicios Comunitarios de Cuidados a Largo Plazo (CBLTCS) por más de 120 días desde la fecha efectiva de inscripción. Documentaremos sus necesidades en la evaluación que completará la enfermera diplomada.
 - ✓ Servicios de enfermería en el hogar
 - ✓ Terapias en el hogar
 - ✓ Servicios médicos de un asistente en el hogar
 - ✓ Servicios de atención personal en el hogar
 - ✓ Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor
 - ✓ Atención médica diurna para adultos
 - ✓ Enfermería privada
4. Según lo determine el Departamento de Servicios Sociales (en la ciudad de Nueva York, esto es la Administración de Recursos Humanos conocido como el “HRA”) para obtener beneficios bajo el programa de Medicaid.
5. Para personas con Medicaid solamente o para aquellos con Medicare y Medicaid que tienen de 18 a 20 años de edad, usted debería reunir los requisitos para el nivel de atención de hogar de ancianos, en el momento de inscripción, como lo determine el método de evaluación del estado de Nueva York y necesitar CBLTCS para más de 120 días como se enumera arriba en el No. 3.

VillageCareMAX no discriminará a ningún posible inscrito, que cumpla con los criterios indicados más arriba, por cuestiones relacionadas con su estado de salud y la necesidad de servicios cubiertos o su costo.

Durante el proceso de inscripción, si se determina que usted no reúne los requisitos para la inscripción, se le informará al respecto y tendrá oportunidad de cancelar su aplicación.

Si es residente de un centro residencial de la Oficina Estatal de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH), la Oficina de Servicios contra el Alcoholismo y Abuso de Sustancias (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) o la Oficina Estatal de Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office of People with Developmental Disabilities, OPWDD), o un programa de tratamiento diurno de la Oficina para Personas con Discapacidades de Desarrollo (OPWDD) no podrá enrolarse en MLTC. No obstante, podrá enrolarse en el MLTC de VillageCareMAX después que se desafilie de estos programas.

Si con anterioridad se desafiló de manera involuntaria y desea formar parte de VillageCareMAX nuevamente, con sumo gusto el Plan revisará su caso para analizar la posibilidad de reinscribirlo.

Usted puede inscribirse de dos maneras:

Puede llamar a VillageCareMAX al 1-800-469-6292. Si es usuario de TTY, llame al 711. Hablaremos con usted acerca de sus necesidades médicas y lo pondremos en contacto con la enfermera diplomada del Centro de Evaluación e Inscripción sin Conflictos (CFEEC). CFEEC quien le visitará para completar una evaluación y decidir si usted es elegible para inscribirse en MLTC. Si CFEEC determinó que usted es elegible para MLTC, lo remitirá de nuevo a VillageCareMAX u otro plan que elija. Si usted nombra a VillageCareMAX como el plan de su elección, llámenos y una enfermera o enfermero irá a su casa para completar una evaluación y discutir los servicios que recibirá cuando se inscriba.

Si durante el proceso de inscripción se determina que no reúne los requisitos para la inscripción en VillageCareMAX, se le informará por escrito sobre la decisión. En cualquier momento en que su afiliación vaya a ser rechazada, el estado deberá aprobar esta decisión.

VillageCareMAX rechazará la inscripción en las siguientes condiciones.

- Usted no reúne los requisitos indicados más arriba;
- Tiene solamente Medicaid (y no Medicare) y no es elegible para nivel de atención de hogar de ancianos.
- No necesita servicios comunitarios de atención a largo plazo del Plan por más de 120 días.
- Se encuentra inscrito en uno de los siguientes: otro plan de Cuidado de Salud Administrado de pago fijo per cápita de Medicaid, es residente de un centro residencial de la Oficina Estatal de Salud Mental (*Office of Mental Health*, OMH), la Oficina de Servicios contra el Alcoholismo y Abuso de Sustancias (*Office of Alcoholism and Substance Abuse Services*, OASAS) o la Oficina Estatal de Personas con Discapacidades del Desarrollo (*Office of People with Developmental*

Disabilities, OPWDD), y no desea desafiliarse de ninguno de estos servicios.

- Es residente de una facilidad de tratamiento psiquiátrico, residencia a largo plazo o programas de vivienda asistida;
- Se espera que usted tenga Medicaid por menos de 6 meses, tenga Medicaid de Emergencia o esté en el programa de expansión de planificación familiar de Medicaid;
- Usted está en la demostración de cuidado familiar de crianza temporal;
- Usted es residente de un Programa de Vivienda Asistida (ALP);
- Tiene menos de sesenta y cinco (65) años de edad en el programa de detección precoz de cáncer de seno y / o cáncer de cuello uterino de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades y necesita tratamiento para el cáncer de mama o de cuello uterino, y no están cubiertos por otra cobertura de salud acreditable.

Usted también puede llamar al Centro de Evaluación e Inscripción sin Conflictos al: 1-855-222-8350 de lunes a viernes, de 8:30 am a 8:00 pm y sábados de 10:00 am a 6:00 pm.

Si está transfiriéndose de otro Plan de atención a largo plazo administrado, debe llamar **agente de inscripción del estado al: 1-888-401-6582. TTY: 1-888-329-1541.**

El personal de inscripción estatal le preguntará sobre el programa de Cuidados Administrados a Largo Plazo al cual desea afiliarse e informará al programa de su decisión. Si usted escogió VillageCareMAX, nuestro personal se pondrá en contacto con usted para concertar una cita con nuestra enfermera(o) en su hogar. La enfermera(o) le dará a conocer más detalles acerca del programa, completará una evaluación de los servicios que necesita y hablará con usted acerca de los servicios que necesita como miembro de VillageCareMAX.

¿Qué servicios están cubiertos por VillageCareMAX?

Los siguientes servicios están cubiertos por VillageCareMAX:

Servicio	Reglas de la cobertura
<p>Administración de Cuidado a cargo de una enfermera registrada o asistente social.</p> <p>Su Administrador de Cuidado le asistirá con la obtención de servicios cubiertos identificados en el Plan de Servicio Centrado en la Persona (PCSP). Esto incluye ayuda con referencia, asistencia con o la coordinación de servicios médicos, sociales, educativos, psicosociales, financieros y otros en apoyo de su PCSP. Los servicios no siempre están cubiertos por VillageCareMAX.</p>	<p>A cada miembro se le asignará un Administrador de Cuidado.</p>
<p>Atención en hogar de ancianos</p> <p>Atención proporcionada en un centro de cuidados especializados</p>	<p>Las estadías a corto plazo para rehabilitación pueden estar cubiertas por Medicare. Si su estadía en un hogar de ancianos está cubierta por Medicare, es posible que reciba atención de un hogar de ancianos que no forma parte de la red de proveedores de VillageCareMAX. Una vez que se asigne la cobertura de su estadía a Medicaid, deberá usar un proveedor de la red y obtener la autorización del Plan. Su médico deberá proporcionar órdenes por escrito firmadas al hogar de ancianos. Si es necesario, VillageCareMAX colaborará con su proveedor en la obtención de las órdenes médicas.</p> <p>La internación permanente solo podrá estar cubierta si usted reúne los requisitos para Medicaid institucional. Debe usar un proveedor de la red y obtener autorización del Plan.</p>

Servicio	Reglas de la cobertura
<p>Atención en el hogar</p> <p>Incluye los siguientes servicios, que son de índole preventiva, de rehabilitación terapéutica, de orientación para la salud y/o de apoyo: servicios de enfermería, servicios de un asistente de atención médica en el hogar, servicios de nutrición, servicios de asistencia social, terapia física, terapia ocupacional y patología del habla y del lenguaje.</p>	<p>Estos servicios pueden estar cubiertos por Medicare. Cuando un servicio está cubierto por Medicare, puede recibir atención de un proveedor que no forme parte de la red de proveedores de VillageCareMAX. Si su atención está cubierta por Medicaid, deberá usar un proveedor de la red y obtener la autorización del Plan.</p> <p>Su médico deberá proporcionar órdenes por escrito firmadas al proveedor. Si es necesario, VillageCareMAX colaborará con su proveedor en la obtención de las órdenes médicas.</p>
<p>Atención personal</p> <p>La atención personal es asistencia parcial o total con respecto a actividades como asearse, vestirse y alimentarse, y tareas funcionales como la nutrición y el entorno.</p>	<p>Debe recibir atención personal de la red de proveedores de VillageCareMAX y debe obtener la autorización del Plan. Su médico deberá proporcionar órdenes por escrito firmadas a la agencia que brinda la atención. Si es necesario, VillageCareMAX colaborará con su proveedor en la obtención de las órdenes médicas.</p>
<p>Enfermería de servicio privado</p> <p>La Enfermería de Servicio Privado es un servicio médicamente necesario provisto en el lugar de residencia permanente o temporaria del afiliado, por enfermeras con licencia debidamente registrada (RN o LPNs), de acuerdo con las órdenes de los médicos. Estos servicios pueden ser continuos y pueden ir más allá del alcance de la atención disponible de las agencias certificadas de cuidado de salud en el hogar (CHHAs).</p>	<p>Debe obtener atención de enfermería privada de la red de proveedores de VillageCareMAX y debe obtener autorización del plan. Su médico necesitará proporcionar órdenes escritas firmadas a la agencia que proporciona el cuidado.</p>

Servicio	Reglas de la cobertura
<p>Asistencia Personal Dirigida por el Consumidor</p> <p>Un afiliado con necesidad de servicios de cuidado personal, servicios de cuidados a domicilio o servicios especializados de enfermería, puede recibir dichos servicios por medio de un asistente personal dirigido por el consumidor bajo la instrucción, supervisión y dirección del afiliado o su representante designado.</p>	<p>Debe coordinar sus servicios de asistencia personal dirigida por consumidor con el intermediario fiscal que trabaja con VillageCareMAX, y debe obtener la autorización del Plan.</p>
<p>Atención Médica Diurna para Adultos</p> <p>La atención social diurna provee cuidados y servicios en una facilidad de salud o en una extensión aprobada de la misma. Los centros de atención médica diurnos para adultos funcionan bajo la dirección de un médico y están preparados para aquellos con deficiencia funcional pero que no necesitan estar confinados en su casa. Para calificar, usted debe tener cierto diagnóstico preventivo, servicios terapéuticos y de rehabilitación o de cuidados paliativos. La atención médica diurna para adultos incluye los siguientes servicios: médicos, enfermería, alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia dental y de rehabilitación, farmacólogos, y otros servicios auxiliares, así como también actividades de recreo que son parte de un programa planeado de actividades diversas y significativas.</p>	<p>Debe recibir atención médica diurna para adultos de la red de proveedores de VillageCareMAX y debe obtener la autorización del Plan. Su médico deberá proveer órdenes escritas al proveedor de atención médica diurna para adultos. Si es necesario, VillageCareMAX asistirá a su proveedor para obtener las órdenes de su médico.</p>
<p>Atención Social Diurna</p> <p>La atención social diurna es un programa estructurado que provee a individuos con deficiencias funcionales con socialización, supervisión y monitoreo,</p>	<p>Debe recibir la atención social diurna de la red de proveedores de VillageCareMAX y debe obtener la autorización del Plan.</p>

Servicio	Reglas de la cobertura
<p>cuidado personal y nutrición en un ambiente seguro durante cualquier parte del día. Los servicios adicionales pueden incluir el mantenimiento de la atención personal y la mejora de las habilidades de la vida diaria, el transporte, la asistencia del cuidador y la coordinación y asistencia de casos.</p>	
<p>Transporte de No Emergencia</p> <p>El transporte de no emergencia es transporte por ambulancia, taxi o servicio de transporte privado o público al nivel apropiado de la condición del afiliado para obtener el necesario cuidado médico y reembolsado bajo los programas de Medicare y Medicaid.</p>	<p>Debe obtener servicios de transportación de no emergencia de la red de proveedores de VillageCareMAX y debe obtener autorización del plan.</p>
<p>Optometría/Anteojos</p> <p>Optometría abarca los servicios de un optometrista y un óptico, e incluye anteojos, lentes de contacto necesarios por razones médicas y lentes de policarbonato, ojos artificiales (estándares o a medida) y accesorios para visión reducida.</p>	<p>Debe obtener los servicios de optometría y los anteojos de la red de proveedores de VillageCareMAX. Es posible que se requiera autorización previa.</p>
<p>Audiología/Audífonos</p> <p>Los servicios de audiolgía incluyen pruebas o exámenes audio métricos, evaluación para audífonos, evaluación de conformidad y recetas de audífonos o recomendaciones cuando sea indicado. Los servicios de audífonos incluyen la selección, el ajuste y el despacho de audífonos, revisiones de audífonos tras el despacho y reparaciones de audífonos. Los productos incluyen audífonos, moldes, baterías, ajustes especiales y piezas de reemplazo.</p>	<p>Los exámenes audiológicos pueden estar cubiertos por Medicare. Cuando un servicio está cubierto por Medicare, puede recibir atención de un proveedor que no forme parte de la red de proveedores de VillageCareMAX. Si el servicio está cubierto por Medicaid, deberá usar un proveedor de la red y obtener la autorización del Plan.</p>
<p>Podología</p>	<p>Los exámenes de podología pueden estar</p>

Servicio	Reglas de la cobertura
<p>Podología hace referencia a los servicios de un podólogo, que deben incluir atención de rutina de los pies cuando el estado físico del miembro representa un riesgo debido a la presencia de una enfermedad localizada, lesión o síntomas que involucren los pies; o bien cuando la atención se proporcione como parte necesaria e integral de los cuidados médicos, como en el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes, úlceras e infecciones. La higiene de rutina de los pies, el tratamiento de callos, el recorte de uñas y otros cuidados relacionados con la higiene, como la limpieza o el remojo de los pies, no estarán cubiertos ante la ausencia de una afección patológica.</p>	<p>cubiertos por Medicare. Cuando un servicio está cubierto por Medicare, puede recibir atención de un proveedor que no forme parte de la red de proveedores de VillageCareMAX. Si el servicio está cubierto por Medicaid, deberá usar un proveedor de la red.</p>
<p>Odontología</p> <p>Atención, suministros y servicios preventivos, profilácticos y otros tratamientos dentales, exámenes de rutina, profilaxis, cirugía oral y aparatos protésicos y ortopédicos que se requieren para aliviar afecciones médicas graves, incluidas las que pueden influir en las posibilidades de empleo.</p>	<p>Los servicios odontológicos pueden estar cubiertos por Medicare. Cuando un servicio está cubierto por Medicare, puede recibir atención de un proveedor que no forme parte de la red de proveedores de VillageCareMAX. Si el servicio está cubierto por Medicaid, deberá usar un proveedor de la red.</p>
<p>Comidas grupales o enviadas a domicilio</p>	<p>Debe recibir las comidas grupales o enviadas a domicilio de la red de proveedores de VillageCareMAX y debe obtener la autorización del Plan.</p>
<p>Terapia física, terapia ocupacional y patología del habla en un entorno fuera del hogar</p> <p>La terapia física hace referencia a servicios de rehabilitación a cargo de un fisioterapeuta autorizado y registrado con la finalidad de reducir al mínimo la discapacidad física o mental y permitir que el miembro recupere su máximo</p>	<p>Las terapias de rehabilitación pueden tener cobertura de Medicare. Cuando el servicio está cubierto por Medicare, puede recibir los servicios de un proveedor que no forme parte de la red de proveedores de VillageCareMAX. Si el servicio está cubierto por Medicaid, deberá usar un proveedor de la red y obtener la autorización del Plan. Su médico deberá</p>

Servicio	Reglas de la cobertura
<p>nivel funcional.</p> <p>La terapia ocupacional hace referencia a servicios de rehabilitación a cargo de un terapeuta ocupacional autorizado y registrado con la finalidad de reducir al mínimo la discapacidad física o mental y permitir que el miembro recupere su máximo nivel funcional.</p> <p>La patología del habla y el lenguaje está basada en servicios de rehabilitación con el fin de reducir al mínimo la discapacidad física o mental y permitir que el miembro recupere su máximo nivel funcional.</p>	<p>proporcionar órdenes por escrito firmadas por el terapeuta de rehabilitación. Si es necesario, VillageCareMAX colaborará con su proveedor en la obtención de las órdenes médicas.</p>
<p>Terapia respiratoria</p> <p>Uso de técnicas y procedimientos de prevención, mantenimiento y rehabilitación en relación con las vías respiratorias, que incluyen la aplicación de gases medicinales, humedad, aerosoles, presión positiva intermitente, ventilación mecánica continua, administración de medicamentos por inhalación y tratamientos relacionados con las vías aéreas, cuidado del paciente, indicaciones para el paciente y coordinación de interconsultas con otro personal médico.</p>	<p>Debe recibir los servicios de terapia respiratoria de la red de proveedores de VillageCareMAX y debe obtener la autorización del Plan. Su médico deberá proporcionar órdenes por escrito firmadas al terapeuta que brinda la atención. Si es necesario, VillageCareMAX colaborará con su proveedor en la obtención de las órdenes médicas.</p>
<p>Servicios/Asesoramiento en nutrición</p> <p>Evaluación de las necesidades nutricionales y los patrones de alimentación, o la planificación para la provisión de bebidas y alimentos adecuados a las necesidades físicas y médicas y a las condiciones ambientales de la persona, o la provisión de servicios educativos y de asesoramiento en</p>	<p>Debe recibir los servicios o el asesoramiento en nutrición de la red de proveedores de VillageCareMAX y debe obtener la autorización del Plan.</p>

Servicio	Reglas de la cobertura
nutrición para satisfacer necesidades normales y terapéuticas.	
<p>Suministros médicos o quirúrgicos/nutrición enteral y suministros/nutrición parenteral y suministros</p> <p>Los suministros médicos/quirúrgicos son artículos para uso médico que no son medicamentos, aparatos y dispositivos protésicos u ortopédicos y equipos médicos duraderos o calzado ortopédico que se utilizan para tratar una afección médica específica, que suelen ser consumibles, no reutilizables y descartables, para un fin específico y sin valor de rescate en general.</p>	<p>Estos artículos pueden estar cubiertos por Medicare. Cuando un artículo está cubierto por Medicare, puede obtener el artículo de un proveedor que no forme parte de la red de proveedores de VillageCareMAX. Si el artículo está cubierto por Medicaid, deberá usar un proveedor de la red. Su médico deberá proporcionar órdenes por escrito firmadas al proveedor. Si es necesario, VillageCareMAX colaborará con su proveedor en la obtención de las órdenes médicas.</p>
<p>Equipos médicos duraderos</p> <p>Los equipos médicos duraderos incluyen los dispositivos y equipos que no son aparatos ni dispositivos protésicos u ortopédicos, que son indicados por un médico en el tratamiento de una afección médica específica y que tienen las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pueden tolerar el uso repetido durante un período prolongado; • se utilizan principal y habitualmente para fines médicos; • en general no son útiles ante la ausencia de una enfermedad o lesión; • no suelen ser modificados, diseñados o adaptados para uso por parte de una persona en particular. <p>Cuando los equipos están destinados a un solo paciente, pueden estar hechos a medida o personalizados.</p>	<p>Estos artículos pueden estar cubiertos por Medicare. Cuando un artículo está cubierto por Medicare, puede obtener el artículo de un proveedor que no forme parte de la red de proveedores de VillageCareMAX. Si el artículo está cubierto por Medicaid, deberá usar un proveedor de la red y obtener la autorización previa del Plan. Su médico deberá proporcionar órdenes por escrito firmadas al proveedor. Si es necesario, VillageCareMAX colaborará con su proveedor en la obtención de las órdenes médicas.</p>
Prótesis, ortopedia y calzado	Estos artículos pueden estar cubiertos por

Servicio	Reglas de la cobertura
<p>ortopédico</p> <p>Los aparatos y dispositivos protésicos reemplazan cualquier parte faltante del cuerpo.</p> <p>Los aparatos y dispositivos ortopédicos se utilizan para brindar sostén y apoyo a un miembro del cuerpo debilitado o deformado, o para restringir o limitar por completo el movimiento en una parte del cuerpo que se encuentra afectada o lesionada.</p> <p>El calzado ortopédico incluye zapatos, modificaciones o adiciones a los zapatos que se utilizan para corregir, adaptar o prevenir una deformidad física o una disfunción en el rango de movimiento de una parte del tobillo o del pie afectado por una enfermedad o lesión. El calzado ortopédico también se utiliza para brindar sostén a una estructura débil o deformada del tobillo o del pie, o para formar una parte integral de una férula.</p>	<p>Medicare. Cuando un artículo está cubierto por Medicare, puede obtener el artículo de un proveedor que no forme parte de la red de proveedores de VillageCareMAX. Si el artículo está cubierto por Medicaid, deberá usar un proveedor de la red y obtener la autorización previa del Plan. Su médico deberá proporcionar órdenes por escrito firmadas al proveedor. Si es necesario, VillageCareMAX colaborará con su proveedor en la obtención de las órdenes médicas.</p>
<p>Apoyo social y del entorno</p> <p>El apoyo social y del entorno hace referencia a los servicios y los artículos que satisfacen las necesidades médicas del miembro e incluyen lo siguiente: tareas de mantenimiento del hogar, servicios domésticos/de ama de casa, mejoras al hogar y atención de relevo.</p>	<p>Debe recibir los servicios de apoyo social y del entorno de la red de proveedores de VillageCareMAX y debe obtener la autorización del Plan.</p>
<p>Sistemas de respuesta ante emergencias personales</p> <p>Los sistemas de respuesta ante emergencias personales (Personal Emergency Response System, PERS) son dispositivos electrónicos que permiten garantizar que ciertos pacientes de alto riesgo obtengan ayuda en caso de una emergencia física, emocional o ambiental. Ante una emergencia, un</p>	<p>Debe recibir los servicios de los PERS de la red de proveedores de VillageCareMAX y debe obtener la autorización del Plan.</p>

Servicio	Reglas de la cobertura
centro de respuesta recibe la señal y actúa en consecuencia.	
<p>Telesalud</p> <p>Telesalud es el uso de tecnologías para ofrecer o apoyar la atención médica clínica para servicios cubiertos a distancia para reducir la necesidad de visitas en la oficina. Los servicios incluyen video en vivo entre un miembro y un proveedor; transmisión de los antecedentes sanitarios registrados mediante un sistema de comunicaciones electrónicas seguro; y el uso de dispositivos móviles para proporcionar servicios de apoyo.</p>	<p>La Telesalud puede ser recibida para apoyar solamente los servicios cubiertos.</p> <p><u>Usted debe</u> obtener autorización del Plan.</p>

VillageCareMAX coordinará el seguro de terceros. Si Medicare cubre cualquiera de los servicios indicados más arriba, se facturará primero a nombre de Medicare. Si usted tiene alguna otra cobertura de seguro adicional (distinta de Medicare o Medicaid) que cubra cualquiera de los servicios antes mencionados, se facturará a nombre del otro seguro después de Medicare. VillageCareMAX siempre será el último en orden de facturación.

Cuando uno de los servicios indicados más arriba esté cubierto por Medicare, usted tiene la libertad de elegir su propio proveedor. No obstante, cuando finalice la cobertura del servicio por parte de Medicare y este sea cubierto por Medicaid, usted deberá cambiarse a un proveedor de la red. Para garantizar la continuidad de la atención, lo mejor es usar siempre un proveedor de la red, incluso cuando el servicio esté cubierto por Medicare u otro seguro. Puede llamar a Servicios a los miembros al 1-800-469-6292(TTY 711), si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de los servicios mencionados arriba.

A excepción de los proveedores de servicios dentales y de la visión, VillageCareMAX reembolsa a los proveedores cada servicio individual proporcionado a un miembro según un esquema de copago por servicios recibidos. Los proveedores de servicios dentales y de la visión reciben cada mes el pago de una cantidad fija de dinero por cada miembro.

Limitaciones

POR FAVORNOTE: Varios de los beneficios mencionados arriba están sujetos a

limitaciones de beneficios. Esto significa que usted está autorizado solamente a cierta cantidad de servicios cada año, o debe reunir cierto criterio de elegibilidad. Los límites de beneficios para VillageCareMAX se enumeran a continuación:

- Los suplementos nutricionales y la fórmula enteral se limitan a personas que no pueden obtener nutrición por ningún otro medio, de acuerdo con las siguientes condiciones: 1) personas con alimentación por sonda que no pueden masticar o tragar alimentos y deben nutrirse mediante fórmula vía una sonda; y 2) personas con trastornos metabólicos congénitos poco frecuentes que requieren fórmulas médicas específicas para obtener nutrientes esenciales no disponibles a través de ningún otro medio. La cobertura de una determinada enfermedad hereditaria del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos incluirá productos alimenticios sólidos modificados con bajo contenido de proteínas o con proteína modificada.
- En el caso de la atención en hogares de ancianos, la cobertura se aplica a personas consideradas en internación permanente, siempre que reúnan los requisitos para la cobertura de Medicaid institucional.

Debe obtener estos servicios de los proveedores de la red de VillageCareMAX. Si no puede encontrar un proveedor en nuestro plan, llame a Servicios a los miembros al 1-800-469-6292. Usuarios de TTY por favor llamen al 711.

¿Qué servicios no están cubiertos por VillageCareMAX?

VillageCareMAX no cubre los servicios que se indican en esta página. Sin embargo, es posible que estos servicios estén incluidos en su plan de cuidado de salud y coordinados por su Administrador de Cuidado. Si usted necesita cualquiera de estos servicios, debe hablar con su Administrador de Cuidado y con su Médico.

Servicio	Descripción
Atención hospitalaria para pacientes internos y ambulatorios	Incluye la atención que puede recibir durante una hospitalización o la atención que puede recibir en el consultorio de un hospital.
Servicios médicos	Incluye la atención proporcionada por un médico, auxiliar médico o una enfermera especialista.
Pruebas de laboratorio y diagnóstico	Incluye pruebas, como análisis de sangre, análisis de orina y electrocardiogramas.
Radiología e imágenes radioisotópicas	Incluye radiografías, gammagrafías óseas, tomografías axiales computadas y resonancias magnéticas.
Atención en la sala de emergencias de un hospital	Incluye visitas a la sala de emergencias. Diálisis renal, que incluye hemodiálisis o diálisis peritoneal.
Cuidados Paliativos (Hospicio)	Abarca una gama de servicios a domicilio y hospitalarios para personas al final de la vida.
Servicios de salud mental	Incluye el tratamiento de pacientes internos y ambulatorios por problemas de salud mental, como depresión y esquizofrenia, entre otros.
Abuso de sustancias y alcohol	Incluye la atención recibida para el tratamiento del abuso de drogas o alcohol. Esto incluiría la hospitalización o el tratamiento como paciente ambulatorio.
Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo	Incluye servicios recibidos a través de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo del Estado de Nueva York, como programas de día y capacitación vocacional.
Transporte en emergencias	Incluye el servicio de transporte en ambulancia en casos de emergencias. En caso de emergencia, por favor llame al 911.
Planificación familiar	Tratamiento médico, como vasectomía o ligadura de trompas.

Medicamentos recetados, recetas de medicamentos compuestos y medicamentos no recetados	Use su tarjeta del plan de recetas de Medicare y/o su tarjeta de Medicaid para sus medicamentos.
---	--

Es posible que los servicios sin cobertura de VillageCareMAX estén cubiertos por el sistema Medicaid con copago por servicios recibidos o por Medicare. Si tiene otro seguro de un tercero, también es posible que ese asegurador pague los servicios no cubiertos por VillageCareMAX. Su Administrador de Cuidado colaborará con usted en la coordinación y obtención de estos servicios, incluso cuando no estén cubiertos por VillageCareMAX.

Puede comunicarse con los proveedores por los servicios no incluidos directamente en la cobertura de VillageCareMAX, sin una remisión o autorización de VillageCareMAX. Sin embargo, para que podamos coordinar y administrar su atención de la mejor manera posible, lo ideal siempre es informar a su Administrador de Cuidado sobre cualquier cita médica que tenga programada con proveedores de servicios no cubiertos por el Plan.

Si necesita transporte sin carácter de emergencia para cualquier cita médica relacionada con la salud, debe llamar a VillageCareMAX para que podamos coordinar y brindarle transporte que no es de emergencia.

Como miembro de VillageCareMAX debe tener Medicaid. Su tarjeta de Medicaid se mantiene activa en la medida en que continúe cumpliendo con los requisitos de Medicaid. Como beneficiario de Medicaid, puede continuar recibiendo todos los servicios cubiertos por Medicaid aunque no estén cubiertos por VillageCareMAX.

¿Qué ocurre si tengo otro seguro de salud?

Si tiene cualquier otro seguro de salud adicional, es importante que lo conserve para la cobertura de servicios que VillageCareMAX no cubre. VillageCareMAX coordinará los beneficios con su compañía aseguradora.

¿Qué sucede con mi cobertura de Medicare?

Si bien su cobertura de Medicare no se modifica cuando se afilia a VillageCareMAX, es importante que esté al tanto de ciertos puntos.

La cobertura de Medicare sólo se aplica a personas que reúnen los requisitos para Medicare. Como miembro de VillageCareMAX, continuará recibiendo todos los mismos beneficios de Medicare que recibía antes de la inscripción. Su Administrador de Cuidado ayudará a coordinar el acceso a los servicios cubiertos por Medicare, como los servicios como paciente interno en un hospital, los servicios como paciente ambulatorio en un hospital, las consultas a médicos, los servicios de laboratorio, los servicios de farmacia y los servicios

de diálisis renal.

VillageCareMAX será responsable del pago de los copagos y deducibles por cualquiera de los servicios cubiertos tanto por VillageCareMAX como por Medicare. VillageCareMAX no es responsable de los copagos o deducibles por los servicios cubiertos por Medicare que no están cubiertos por VillageCareMAX, ni de los copagos o deducibles por los servicios que no están cubiertos por Medicare.

No necesita autorización de VillageCareMAX para obtener un servicio cubierto por Medicare, aunque también esté cubierto por VillageCareMAX. Sin embargo, en caso de que un servicio esté cubierto por VillageCareMAX, cuando Medicare deje de pagar, usted deberá obtener la autorización de VillageCareMAX para continuar recibiendo el servicio.

Conserve su tarjeta de Medicare y llévela consigo a sus citas médicas.

¿Cómo me inscribo?

El inscribirse en VillageCareMAX es fácil. Nuestro personal le ayudará a cada paso como se enumera abajo.

- Usted o sus familiares/cuidador u otra persona quien le ayuda a obtener servicios puede llamar a VillageCareMAX. Nuestro personal está disponible durante horas normales de trabajo, de 8:00 a.m. at 8:00 p.m., para hablar con usted acerca del programa y comenzar el proceso. Solo llámenos para hacernos saber que está interesado en obtener más información sobre el programa. Por favor llame al: 1-800-469-6292 (TTY 711).
- Un representante de VillageCareMAX hablará con usted y le explicará el programa. El o ella determinará si usted tiene por lo menos 18 años de edad, si reside en nuestra área de servicio y confirmará que usted tiene beneficios de Medicaid.
- Él o ella le comunicará con el Centro de Evaluación y Inscripción sin Conflictos (CFEEC) para programar la evaluación. Esta evaluación es necesaria para que la enfermera se asegure de que es elegible para inscribirse en un plan administrado de atención a largo plazo.
- Después de completar su evaluación con CFEEC, puede decirle a la enfermera que desea que VillageCareMAX sea su plan MLTC. La enfermera de CFEEC puede ayudarle a programar una segunda evaluación para el plan MLTC que usted elija.
- Cuando recibamos su solicitud de inscripción o una referencia para inscribirlo en nuestro plan, tenemos 30 días para completar nuestra evaluación. Nos pondremos en contacto con usted para programar una cita en su hogar con una de nuestras enfermeras a cargo de la inscripción.

- Si usted aún no tiene Medicaid pero está interesado en solicitar beneficios de Medicaid, nuestro personal también puede ayudarle con la solicitud para Medicaid.
- El día de la cita, la enfermera cargo de la inscripción llegará a su hogar, realizará una evaluación física, social y ambiental completa de usted y de su hogar. La enfermera le hará preguntas sobre su estado de salud pasado y actual. Si reúne los requisitos según la evaluación que realiza la enfermera a cargo de la inscripción, deberá firmar un acuerdo con nosotros para enrolarse en el plan de MLTC de VillageCareMAX. La enfermera también le proveerá con información importante sobre el programa, y él o ella hablará con usted acerca de los servicios que podría recibir una vez que su inscripción en VillageCareMAX es aprobada y entra en vigencia.
- Una vez completados los pasos indicados más arriba, su aplicación de inscripción será enviada a Medicaid CHOICE de Nueva York, el agente de inscripción del estado. Ellos son responsables de procesar todas las inscripciones.
 - Si la NYMC recibe el paquete de inscripción completado para el día 20 del mes, la inscripción entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. (Por ejemplo: si su paquete de inscripción completado es presentado para el 20 de enero, su inscripción tendrá vigencia a partir del 1 de febrero).
 - Si el paquete de inscripción es recibido después del día 20 del mes, la inscripción deberá entrar en vigencia a más tardar el primer día del segundo mes. (Por ejemplo: si su paquete de inscripción completado es presentado el 22 de enero, su inscripción tendrá vigencia a partir del 1 de marzo).

El proceso de inscripción comienza con la visita inicial del personal de enfermería. Si desea suspender el proceso de inscripción después de la visita inicial, pero antes de comenzar a recibir atención, puede llamar al 1-800-469-6292 (TTY 711), para darnos aviso. Usted necesita decirnos esto por escrito o por teléfono, antes del mediodía del día 20 antes de que su inscripción se haga efectiva. VillageCareMAX trabajará con HRA para procesar su solicitud.

AVISO: También puede llamar aCFEEC al 1-855-222-8350 de lunes a viernes, de 8:30 am a 8:00 pm y sábados, de 10:00 am a 6:00 pm. Ellos programarán su evaluación.

¿Cómo obtengo los servicios que necesito?

Cuando se inscriba, usted y su equipo de atención (su médico, su Administrador de Cuidado, sus cuidadores, Servicios a los miembros y demás proveedores de atención médica) trabajarán en conjunto para crear un plan de cuidado de salud adecuado a sus necesidades. El plan de cuidado de salud es una descripción escrita de todos los servicios que usted necesita. Está basado en una evaluación de sus necesidades de atención médica,

la recomendación de sus médicos y sus preferencias personales. Recibirá una copia del plan de cuidado de salud para que la guarde en sus archivos, y esta incluirá una lista de la frecuencia y el período durante el cual recibirá los servicios incluidos en su plan de cuidado de salud.

Su Administrador de Cuidados le hará un seguimiento con regularidad para verificar su estado de salud visitándole en su hogar o llamándole por teléfono. Él o ella trabajarán con su médico y otros proveedores de atención médica para asegurarse de que está recibiendo todo el servicio necesario y ordenado.

En caso de que desee solicitar servicios o modificaciones a su plan actual, deberá llamar a Servicios a los miembros al 1-800-469-6292 (TTY 711). Su proveedor también puede presentar una solicitud en su nombre. Los representantes de Servicios a los miembros lo comunicarán a usted o a su proveedor con su Administrador de Cuidado. Cuando sea necesario, su Administrador de Cuidado analizará con gusto cualquier solicitud de servicios adicionales o modificaciones en sus servicios junto con su médico. Su médico solicitará la mayoría de los servicios de atención médica para usted, de modo que el Administrador de Cuidado estará en contacto constante con el profesional. Para que usted obtenga un servicio cubierto, el Plan deberá decidir que el servicio es necesario por razones médicas. Si el servicio es necesario por razones médicas, el Plan lo autorizará. Para decidir esto, el personal de VillageCareMAX evaluará el servicio y su estado de salud conforme a las pautas establecidas. Estas pautas están a su disposición a pedido.

Cómo obtener un servicio nuevo

VillageCareMAX revisará su solicitud de servicios nuevos (con autorización previa), tomará una decisión y le notificará por teléfono y por escrito en un período de tres (3) días hábiles a partir de la recepción de la información necesaria, con un plazo máximo que no podrá superar los 14 días siguientes a la fecha de recepción de la solicitud de servicios.

Puede solicitar una revisión acelerada si usted o un proveedor de atención médica consideran que se justifica una decisión rápida por su seguridad. VillageCareMAX revisará su solicitud y le informaremos nuestra decisión por teléfono y por escrito, en un plazo de tres (3) días hábiles a partir de la recepción de la solicitud.

Cómo modificar un servicio existente

Si los servicios están incluidos en su plan de cuidado de salud pero usted cree que requiere más de los servicios, debe llamar a su Administrador de Cuidado para notificarle sobre su solicitud (lo que se denomina revisión concurrente). VillageCareMAX revisará su solicitud y le informaremos sobre nuestra decisión por teléfono y por escrito, en el plazo de un día hábil luego de recibir toda la información necesaria, pero a más tardar 14 días calendario después de recibir la solicitud.

Puede solicitar una revisión acelerada si usted o un proveedor de atención médica consideran que se justifica una decisión rápida por su seguridad. VillageCareMAX revisará su solicitud y le informaremos sobre nuestra decisión por teléfono y por escrito, en el plazo

de un día hábil luego de recibir toda la información necesaria, pero a más tardar tres días hábiles después de recibir la solicitud. En el caso de una solicitud de servicios de atención médica en el hogar cubiertos por Medicare después de una admisión como paciente interno, le notificaremos por teléfono o por escrito un día hábil después de recibir la información necesaria, excepto cuando el día siguiente a la solicitud de los servicios coincida con un fin de semana o un feriado. En ese caso, le notificaremos por teléfono y por escrito dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la información necesaria pero, en cualquier instancia, no más de tres días hábiles después de recibir la solicitud de servicios.

Nuestro período de revisión podrá extenderse hasta 14 días si usted lo solicita o si nosotros necesitamos más información y la demora redonda en su beneficio.

Si ya se ha proporcionado el servicio

En caso de que se obtenga un servicio sin aprobación previa, a excepción de la atención de emergencia, es posible que se le niegue el pago al proveedor. Si ya se ha proporcionado el servicio y usted le solicita a VillageCareMAX que le reembolse a usted o al proveedor del servicio, comuníquese con Servicios a los miembros para presentar su solicitud en un plazo de 30 días a partir de la fecha del servicio. VillageCareMAX revisará su solicitud y le informará por escrito de la aprobación o la denegación dentro de los 45 días.

Desacuerdo con nuestra decisión

Si no está de acuerdo con cualquiera de las decisiones, puede apelar nuestra decisión según el proceso descrito en las páginas 31-35 de este Manual del miembro. Si no está de acuerdo con cualquier otro servicio del plan de cuidado de salud o si tiene una queja sobre el acceso a los servicios, puede usar el proceso de queja formal que se describe en las páginas 29-35 de este manual.

Cómo cambiar de proveedores

Su enfermera que actúa como Administrador de Cuidado coordinará todos los servicios necesarios por razones médicas. Si ha recibido o recibe servicios de uno de los proveedores de nuestra red y desea cambiar de proveedor, llame a Servicios a los miembros y presente su solicitud. Los representantes de Servicios a los miembros le plantearán algunas preguntas como, por ejemplo, cuál es el motivo del cambio de proveedores. Si es necesario, lo pondrán en contacto con su Administrador de Cuidado. Para nosotros, en VillageCareMAX es importante saber si no se siente satisfecho con alguno de los proveedores de nuestra red. Trabajaremos con usted para resolver cualquier inquietud que pueda tener sobre un proveedor o para cambiar de proveedores si es necesario.

En general, siempre que necesite un servicio puede llamar a la enfermera que actúa como su Administrador de Cuidado. Puede comunicarse con su Administrador de Cuidado a través de Servicios a los miembros, al teléfono 1-800-469-6292(TTY 711). Si tiene alguna pregunta sobre el Plan, puede llamar a Servicios a los Miembros. Lo pondremos en contacto con un integrante del personal que pueda responder su pregunta o ayudarle con su inquietud.

Cómo usar un proveedor que no pertenece a la red

En caso de que no contemos con un proveedor de la red que pueda satisfacer una necesidad de atención médica especializada (por ejemplo, una silla de ruedas especial), VillageCareMAX hará una remisión y garantizará el pago al proveedor no perteneciente a la red (a menos que esté cubierto por Medicare o por un tercero pagador).

Si usted es un nuevo miembro y está recibiendo servicios de cuidado a largo plazo de la tarifa por servicio de Medicaid, como cuidado personal, cuidado de salud diurno para adulto, cuidado en hogar de ancianos y otros, debemos continuar cubriendo estos servicios por lo menos 90 días después de unirse al plan.

Si se encuentra inscrito en el Plan y su proveedor de la red deja de formar parte de la red de proveedores de VillageCareMAX, continuaremos cubriendo los servicios que usted reciba del proveedor por un plazo máximo de 90 días, a fin de facilitar la transición a otro proveedor. Los proveedores deben aceptar el pago de VillageCareMAX como pago total y adherirse al programa de Mejora de la Calidad durante el período de transición.

Normas de acceso

En VillageCareMAX esperamos que los proveedores de nuestra red le brinden un servicio inmediato. Les hemos informado a nuestros proveedores que deben atenderlo y brindarle tratamiento dentro de los siguientes plazos:

Servicio	Norma
Citas de atención óptica	Consulta en un plazo de dos (2) semanas a partir de la fecha en la que usted llama para hacer la cita.
Citas de atención odontológica	Consulta en un plazo de dos (2) semanas a partir de la fecha en la que usted llama para hacer la cita.
Citas de podología	Consulta en un plazo de tres (3) semanas a partir de la fecha en la que usted llama para hacer la cita.
Citas de enfermería en el hogar	En las 48 horas siguientes a su solicitud, a menos que su médico exija otras condiciones.
Citas de rehabilitación en el hogar	En las 48 horas siguientes a su solicitud, a menos que su médico exija otras condiciones.
Transporte que no es de emergencia	Se coordinará según sea necesario para citas médicas. Por favor llame con 24 a 48 de adelanto para arreglar transporte.

Programa de Ombudsman Participante

El Estado de Nueva York ha creado un programa de ombudsman participante llamado la Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN) para proporcionar a los participantes asistencia gratuita y confidencial en cualquier servicio de atención a largo plazo.

Estos servicios incluyen, pero no necesariamente se limitan a:

- Proporcionar apoyo de preinscripción, como consejería imparcial sobre la elección del plan de salud e información general relacionada con el programa,
- Compilar las quejas registradas y las preocupaciones sobre la inscripción, el acceso a los servicios y otros asuntos relacionados,
- Ayudarle a entender los derechos y procesos de audiencia justa, apelación y apelación dentro del plan de salud ya nivel estatal, y ayudarle a través del proceso si es necesario o solicitado, incluyendo hacer solicitudes de planes y proveedores para los registros e
- Informar a los planes y proveedores acerca de los recursos y apoyos comunitarios que pueden vincularse con los beneficios del plan cubierto.

ICAN está disponible de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm y se puede llamar sin cargo al 1-844-614-8800 (TTY: 711) o en línea en icannys.org.

Cuando ICAN se ponga en contacto con VillageCareMAX en su nombre, trabajaremos con ICAN para ayudarle.

Servicios de emergencia

En caso de emergencia: **llame al 911 o acuda al hospital más cercano.**

Tiene derecho a recibir atención de emergencia las 24 horas, los 7 días de la semana. **Los servicios de emergencia y/o la atención de emergencia no requieren autorización previa.**

Una emergencia es una condición médica o del comportamiento que se presenta en forma repentina y se manifiesta con síntomas de suficiente gravedad, que incluyen dolor intenso. Una emergencia es una condición en la que una persona prudente lego en la materia y con conocimientos promedio de medicina y salud podría razonablemente prever que sin atención médica inmediata: (1) la salud de la persona podría quedar expuesta a grave peligro o, en el caso de afecciones del comportamiento, la salud de la persona o de otros podría correr grave peligro; (2) se podría producir un deterioro grave de las funciones corporales de dicha persona; (3) se podría producir una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo de la persona; o (4) se podría producir una desfiguración grave de la persona.

Ya sea que reciba el alta para regresar a su hogar o que sea hospitalizado después de una visita a la sala de emergencias, usted o su familia deben comunicarse con Servicios a los miembros. Si es una hospitalización programada, notifique a Servicios a los miembros tan pronto como sepa las fechas de su admisión en el hospital. Esto le permitirá al programa cancelar citas programadas o, en caso de que usted sea hospitalizado, trabajar con el personal del hospital para planificar su alta médica y la atención de seguimiento.

Atención de urgencia

Si la situación no es una emergencia pero necesita atención médica ese mismo día, notifique a Servicios a los miembros o llame directamente a su médico. El personal de Servicios a los miembros puede ayudarle a coordinar las citas y el transporte hasta el lugar de la cita médica.

Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio

Si abandona el área de servicio durante 30 días calendario o menos para unas vacaciones cortas o para visitar a amigos/familiares y cree que necesita algún servicio cubierto por VillageCareMAX, comuníquese con Servicios a los miembros al 1-800-469-6292 (TTY 711). Los representantes lo pondrán en contacto con su Administrador de Cuidado. Para evitar cualquier problema mientras se encuentre fuera del área de servicio, llame a Servicios a los miembros antes de viajar. VillageCareMAX se ocupará con usted de planificar o coordinar los servicios que se requieran. No obstante, si necesita atención de emergencia o de urgencia mientras está fuera del área de servicio, procure obtener la atención que necesita, y luego comuníquese con Servicios a los miembros.

Si abandona el área de servicio por más de 30 días calendario, nos veremos forzados a desafiliarlo del Plan.

No existen cargos a menos que se le asigne una responsabilidad económica como paciente

Como parte del proceso de inscripción, la HRA revisa su situación financiera en función de la elegibilidad para Medicaid. La HRA puede determinar que usted debe gastar una parte de sus ingresos mensuales para cumplir con el requisito de ingresos máximos para Medicaid. La HRA les notificará a usted y a VillageCareMAX sobre la cantidad exacta de su “responsabilidad económica como paciente” o costo compartido que adeuda a VillageCareMAX cada mes. Para inscribirse y obtener beneficios de VillageCareMAX, debe pagarle esta cantidad a VillageCareMAX. Le enviaremos una factura por correo al principio de cada mes por la responsabilidad económica que debe pagar. La cantidad debida debe pagarse al fin de ese mes. Si no paga la cantidad que corresponde en concepto de responsabilidad económica como paciente en un plazo de 30 días después de la fecha de vencimiento, VillageCareMAX puede desafiliarlo del plan.

Ante cualquier pregunta sobre la responsabilidad económica del paciente de Medicaid, comuníquese con la HRA:

Human Resources Administration Medical Assistance Program
Home Care Services Program
330 West 34th Street, Room 912 New York, NY 10001
1-212-630-1945

No existe ninguna otra obligación de pago a VillageCareMAX.

Si recibe una factura de cualquier proveedor de atención médica por servicios cubiertos, sírvase informar a Servicios a los miembros para que podamos investigar el motivo de la facturación.

¿Qué debo hacer si quiero presentar una queja formal?

El siguiente lenguaje concerniente al trámite de quejas y apelaciones de la demostración de cuidados administrados a largo plazo debe aparecer en el Manual del Miembro del Contratista.

VillageCareMAX hará todo lo posible por ocuparse de sus inquietudes o cuestiones tan rápido como pueda para que quede satisfecho. Puede utilizar ya sea nuestro trámite de quejas o de apelaciones, según el tipo de problema que tenga.

No cambiarán sus servicios ni la manera como será tratado por el personal (inserte:de *VillageCareMAX*) staff o por un proveedor del cuidado de la salud porque presentó una queja o apelación. Mantendremos su privacidad. Le daremos toda ayuda que pueda necesitar para presentar una queja o apelación. Esto incluye proporcionarle servicios de interpretación o ayuda si tiene problemas visuales y/o auditivos. Puede seleccionar a alguien (como un pariente, amigo o proveedor) que actúe por usted.

Para presentar una queja o apelar la acción de un plan, por favor llame al: *1-800-469-6292 (TTY: 711)* o escriba a: *112 Charles Street, New York, NY 10014*. Al contactarnos, necesitará darnos su nombre, dirección, teléfono y los detalles del problema.

¿Qué es una queja?

Una queja es toda comunicación suya dirigida a nosotros por insatisfacción con el cuidado y tratamiento que recibe de nuestro personal o los proveedores de los servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien fue descortés con usted o no le gusta la calidad del cuidado o de los servicios que recibió de nosotros, puede presentarnos una queja.

El trámite de quejas

Puede presentarnos su queja oralmente o por escrito. La persona que reciba su queja la registrará y el personal competente supervisará la revisión de la queja. Le mandaremos una carta diciéndole que hemos recibido su queja y una descripción de nuestro proceso de revisión. Revisaremos su queja y le contestaremos por escrito dentro de uno a dos plazos.

1. Si una demora incrementaría mucho el riesgo a su salud, decidiremos en un plazo de 48 horas tras recibir la información necesaria, pero el trámite será finalizado en un plazo de 7 días después de recibir la queja.

2. Para todos los otros tipos de quejas, le notificaremos acerca de nuestra decisión en un plazo de 45 días tras recibir la información necesaria, pero el trámite debe finalizarse a más tardar 60 días tras recibir la queja.

Nuestra respuesta describirá lo que averiguamos al revisar su queja y lo que decidimos acerca de su queja.

¿Cómo apelo la decisión de la queja?

Si no está satisfecho con la decisión que tomamos sobre su queja, puede solicitar una segunda revisión de su cuestión presentando una apelación a la queja, la cual debe ser por escrito. Tiene que presentar la apelación dentro de 60 días hábiles de haber recibido nuestra decisión inicial acerca de su queja. Cuando recibamos su apelación, le enviaremos un acuse de recibo informándole el nombre, la dirección y el teléfono de la persona que hemos designado para que responda a su apelación. Todas las apelaciones a quejas serán manejadas por los profesionales indicados como profesionales del cuidado de la salud especializados en quejas pertinentes a asuntos clínicos que no participaron en la decisión inicial.

Para apelaciones estándar, decidiremos sobre la apelación en un plazo de 30 días hábiles tras recibir toda la información necesaria para tomar nuestra decisión. Si una demora en la toma de nuestra decisión incrementaría mucho el riesgo a su salud, utilizaremos el trámite acelerado de apelación a quejas. Para las apelaciones aceleradas a quejas, tomaremos nuestra decisión sobre la apelación en un plazo de 2 días hábiles tras recibir toda la información necesaria. Para las apelaciones a quejas estándar y aceleradas, le avisaremos por escrito sobre nuestra decisión. El aviso incluirá las razones detalladas que apoyan nuestra decisión y en los casos relacionados con asuntos clínicos, la justificación clínica de nuestra decisión.

¿Qué es una acción?

Se consideran “acciones” del plan cuando VillageCareMAX rechaza o limita servicios que usted o su proveedor solicitaron; rechaza una solicitud para una remisión; decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; restringe, reduce, suspende o cancela servicios que ya habíamos autorizado; rechaza el pago por servicios; no proporciona servicios oportunamente; o no hace determinaciones sobre quejas o apelaciones dentro de los plazos exigidos. Una acción está sujeta a apelación. (Vea *¿Cómo presento una apelación* o *una acción?* más abajo para más información.)

El momento oportuno del aviso sobre la acción

Si decidimos rechazar o limitar los servicios que solicitó o decidimos no pagar todo o parte de un servicio cubierto, le mandaremos un aviso cuando tomemos nuestra decisión. Si nos proponemos restringir, reducir, suspender o cancelar un servicio autorizado, enviaremos nuestra carta por lo menos 10 días antes de nuestra intención de cambiar el servicio.

El contenido del aviso de acción

Todo aviso que le mandemos acerca de una acción:

- Explicará la acción que hemos tomado o que tenemos previsto tomar;
- Citará las razones por la acción, como la justificación clínica, si la hay;
- Describirá su derecho a presentarnos una apelación (incluyendo si también podría tener el derecho al trámite estatal externo de apelaciones);
- Describirá cómo presentar una apelación interna y las circunstancias bajo las cuales usted puede solicitarnos que agilicemos (aceleremos) nuestra revisión de su apelación interna;
- Describirá la disponibilidad de los criterios de la revisión clínica en que se apoyó la toma de la decisión, si la acción involucró cuestiones de necesidad médica o si el tratamiento o servicio en cuestión fue experimental o estuvo bajo investigación;
- Describirá la información, si la hay, que usted o su proveedor deben proporcionar para que tomemos una decisión sobre su apelación.

Si estamos restringiendo, reduciendo, suspendiendo o cancelando un servicio autorizado, el aviso también le mencionará su derecho a que continúen sus servicios mientras decidimos sobre su apelación; cómo solicitar que esos servicios continúen; y las circunstancias bajo las cuales usted podría que tener que pagar por los servicios si continúan mientras revisamos su apelación.

¿Cómo presento una apelación a una acción?

Si usted no está de acuerdo con una acción que hemos tomado, puede apelar. Cuando presente una apelación, eso significa que nosotros debemos fijarnos una vez más en la razón por la que tomamos nuestra acción para decidir si lo que hicimos fue correcto. Usted puede presentarle al plan una apelación oral

o escrita a una acción. Cuando el plan le manda una carta sobre una acción que está tomando (como rechazar o limitar servicios, o no pagar por ellos), usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días a partir de la fecha que aparece en nuestra carta notificándole sobre la acción.

¿Cómo contacto a mi plan para presentar una apelación?

Puede llamarnos al 1-800-469-6292 (TTY: 711) o escribirnos a: 112 Charles Street, New York, NY 10014. La persona que reciba su apelación la registrará y el personal competente supervisará la revisión de la apelación. Le mandaremos una carta informándole que hemos recibido su apelación con una copia del expediente de su caso que incluye expedientes médicos y otros documentos utilizados para tomar la decisión original. Su apelación será revisada por personal clínico capacitado no involucrado en la decisión inicial o acción del plan que usted está apelando.

Para algunas acciones, usted puede solicitar la continuación del servicio durante el trámite de la apelación

Si está apelando una restricción, reducción, suspensión o cancelación de los servicios que actualmente está autorizado para recibir, puede solicitar su continuación mientras su apelación es decidida. Tenemos que continuar su servicio si hace su solicitud a más tardar 10 días a partir de la fecha del aviso sobre la restricción, reducción, suspensión o cancelación de los servicios o la fecha prevista de entrada en vigor de la acción propuesta, lo que ocurra más tarde.

Sus servicios continuarán hasta que usted retire la apelación o hasta 10 días después de mandar el aviso de la decisión sobre su apelación por correo si la decisión no fue en favor suyo, a menos que haya solicitado una Audiencia Imparcial de Medicaid del Estado de Nueva York con continuación de servicios. (Vea la sección sobre la Audiencia Imparcial más abajo.)

Aunque pueda solicitar la continuación de los servicios mientras su apelación es revisada, si ésta no es decidida a su favor, podríamos exigirle pagar por estos servicios si fueron proporcionados sólo porque usted pidió continuar recibiendo los mientras su caso estaba siendo revisado.

¿Cuánto tiempo le tomará al plan decidir sobre mi apelación una acción?

A menos que usted nos pida una revisión acelerada, examinaremos su apelación la acción que tomamos como una apelación estándar y le mandaremos una decisión escrita tan pronto como su padecimiento lo

requiera, a más tardar 30 días a partir de la fecha en que recibimos una apelación. (El plazo de revisión puede incrementarse hasta 14 días más si solicita una prórroga o necesitamos más información y la demora es en interés suyo.) Durante nuestra revisión, tendrá la oportunidad de presentar su caso en persona y por escrito. También tendrá la oportunidad de ver cualquier expediente suyo que sea parte de la revisión de la apelación.

Le mandaremos un aviso sobre la decisión que tomamos acerca de su apelación que identificará la decisión que tomamos y la fecha en que llegamos a esa decisión.

Si revertimos nuestra decisión de rechazarle o limitarle los servicios solicitados o restringimos, reducimos, suspendemos o cancelamos servicios y los servicios no fueron proporcionados mientras su apelación estaba pendiente, le brindaremos los servicios disputados tan pronto como lo requiera su padecimiento. En algunos casos, usted podría solicitar una apelación “acelerada”. (Vea la sección Trámite acelerado de apelación a continuación.)

Trámite acelerado de apelación

Si usted o su proveedor sienten que tomarse el tiempo para una apelación estándar podría ocasionarle un grave problema para su salud, puede pedir una revisión acelerada de su apelación. Le responderemos con nuestra decisión dentro de 72 horas. En ningún caso nos tardaremos más de 72 horas para emitir nuestra decisión tras recibir su apelación. (El plazo de revisión puede incrementarse hasta 14 días más si solicita una prórroga o necesitamos más información y la demora es en interés suyo.)

Si no estamos de acuerdo con su solicitud de agilizar su apelación, haremos todo lo posible para contactarle en persona e informarle que hemos rechazado su solicitud para una apelación acelerada y la tramitaremos como una apelación estándar. Además, le mandaremos un aviso escrito sobre nuestra decisión de negarle su solicitud para una apelación acelerada a los 2 días de recibir su solicitud.

¿Qué puedo hacer si el plan rechaza mi apelación?

Si nuestra decisión acerca de su apelación no es totalmente favorable para usted, el aviso que reciba le explicará su derecho a solicitar una Audiencia Imparcial de Medicaid del Estado de Nueva York y cómo obtenerla, quién puede comparecer en la Audiencia Imparcial en su nombre y, para algunas apelaciones, su derecho a recibir servicios mientras la Audiencia está pendiente y cómo hacer la solicitud.

Nota: usted tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de 120 días calendario tras la fecha del Aviso Definitivo de la Determinación Adversa.

Si le rechazamos su apelación por cuestiones de necesidad médica o porque el servicio en cuestión fue experimental o fue parte de una investigación, el aviso también le explicará cómo pedirle al Estado de Nueva York una “apelación externa” a nuestra decisión.

Las audiencias imparciales del estado

Si no decidimos sobre la apelación totalmente en su favor, puede solicitarle una Audiencia Imparcial de Medicaid al Estado de Nueva York dentro de 120 días a partir de la fecha en que le mandemos el aviso de nuestra decisión sobre su apelación.

Si su apelación estuvo relacionada con la restricción, reducción, suspensión o cancelación de servicios autorizados que está recibiendo actualmente y usted ha solicitado una Audiencia Imparcial, continuará recibiendo estos servicios mientras espera la decisión sobre la Audiencia Imparcial. Su solicitud para una Audiencia Imparcial debe hacerse en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que nos mandaron la decisión sobre la apelación para la fecha de entrada en vigor prevista de nuestra acción para restringir, reducir, suspender o cancelar sus servicios, lo que ocurra más tarde.

Sus beneficios continuarán hasta que usted retire su Audiencia Imparcial o el Oficial de la Audiencia Imparcial Estatal emita una decisión sobre la audiencia desfavorable para usted, lo que ocurra primero.

Si el Oficial de la Audiencia Imparcial Estatal revierte nuestra decisión, tenemos que asegurarnos de que recibirá los servicios disputados rápidamente y tan pronto como lo requiera su padecimiento, a más tardar 72 horas a partir de la fecha en que el plan reciba la decisión de la Audiencia Imparcial. Si usted recibió los servicios disputados mientras estaba pendiente su apelación, nos haremos responsables del pago por los servicios cubiertos que ordenó el Oficial de la Audiencia Imparcial.

Aunque usted puede solicitar la continuación de los servicios mientras espera la decisión de su Audiencia Imparcial, si ésta no decide en su favor podría hacerse responsable del pago de los servicios que fueron objeto de la Audiencia Imparcial.

Puede solicitar la Audiencia Imparcial Estatal dirigiéndose a la Oficina de Ayuda Temporal y de Incapacidad:

- Formulario de solicitud en línea: <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- Para que le envíen un formulario de solicitud impreso por correo:

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

- Para recibir un formulario de solicitud impreso por fax: (518) 473-6735
- Solicitud telefónica:

Línea para la Audiencia Imparcial Estándar; 1 (800) 342-3334
Línea para la Audiencia Imparcial de Emergencia; 1 (800) 205-0110
Línea TTY: 711 (solicitud para que la operadora marque 1 (877) 502-6155)

- Solicitud en persona:

Ciudad de Nueva York
14 Boerum Place, 1^{er} piso
Brooklyn, New York 11201

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

Apelaciones estatales externas

Si le rechazamos su apelación porque determinamos que el servicio no es médicamente necesario o es experimental o parte de una investigación, usted puede solicitarle una apelación externa al Estado de Nueva York. La apelación externa es decidida por revisores que no trabajan con nosotros o el Estado de Nueva York. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el Estado de Nueva York. Usted no tiene que pagar por una apelación externa.

Cuando tomamos la decisión de rechazar una apelación por falta de necesidad médica o en base a que el servicio es experimental o parte de una investigación, le informaremos cómo presentar una apelación externa y le

daremos un formulario en el que puede presentar la apelación externa junto con nuestra decisión de negársela. Si quiere una apelación externa, tiene que entregar el formulario al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York en un plazo de cuatro meses a partir de la fecha en que le rechazamos su apelación.

Su apelación externa será decidida en un plazo de 30 días. Puede ser que se necesite más tiempo (hasta 5 días hábiles) si el revisor de la apelación externa pide más información. El revisor le dirá a usted y a nosotros la decisión definitiva dentro de dos días hábiles después de que se tomó la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si su doctor puede decir que una demora dañaría gravemente su salud. A esta decisión se le llama apelación externa acelerada. El revisor de la apelación externa decidirá si se acelera en 3 días o menos y le informará a usted y a nosotros sobre la decisión cuanto antes por fax o telefónicamente. Más tarde, recibirá una carta notificándole la decisión.

Puede pedir una Audiencia Imparcial y una apelación externa. Si pide ambas cosas, la decisión del oficial de la Audiencia Imparcial será “la que cuenta”.

AUTORIZACIONES DE SERVICIO Y REQUISITOS DE ACCIÓN

Definiciones

Revisión de la autorización previa: revisión de una solicitud del Afiliado o del proveedor en nombre del Afiliado para la cobertura de un nuevo servicio (ya sea para un nuevo plazo de autorización dentro de un plazo existente de autorización) o una solicitud para cambiar un servicio como ha sido determinado en el plan de cuidados para un nuevo plazo de autorización antes de que tal servicio le sea dado al Afiliado.

Revisión simultánea: revisión de una solicitud del Afiliado o del proveedor en nombre del Afiliado para servicios adicionales (es decir, más de lo mismo) que están autorizados actualmente en el plan de cuidados o para los servicios cubiertos del cuidado de la salud en casa cubiertos por Medicaid después de un ingreso como paciente internado.

Revisión acelerada: un Afiliado debe recibir una revisión acelerada de su Solicitud para Autorización del Servicio cuando el plan determina o un proveedor indica que una demora pondría en grave peligro la vida, salud o capacidad del Afiliado de lograr, mantener o recuperar su máxima actividad funcional. El Afiliado puede solicitar una revisión acelerada de una

Autorización previa o Revisión Simultánea. Apelaciones de acciones resultantes de una Revisión Simultánea deben tramitarse como aceleradas.

Disposiciones generales

Toda Acción tomada por el Contratista concerniente a una necesidad médica o servicios experimentales que están bajo investigación debe hacer la un revisor por homólogos clínicos como queda definida por la Sección 4900(2)(a) de la Ley de Salud Pública (PHL).

Determinaciones Adversas que no sean aquellas concernientes a necesidad médica o servicios experimentales o bajo investigación deben hacerse por un profesional del cuidado de la salud autorizado, certificado o registrado cuando tal determinación se basa en una evaluación del estado de salud del Afiliado o la adecuación del nivel, la cantidad o entrega del método del cuidado. Este requisito aplica a determinaciones que rechazan reclamos porque los servicios en cuestión no son un beneficio cubierto cuando la cobertura depende de una evaluación del estado de salud del Afiliado y a Solicitudes de Autorización de Servicios que abarcan pero no se limitan a: servicios incluidos en el paquete de Beneficios y los servicios de fuera de la red.

El plan debe notificar a los miembros sobre la disponibilidad de la ayuda (para cuestiones lingüísticas, auditivas y del habla) si el miembro quiere presentar una apelación y cómo acceder a esa ayuda.

El Contratista debe utilizar los modelos de avisos departamentales MLTC Determinación Adversa Inicial y 4687 MLTC Acción Tomada.

Plazos para la determinación y notificación de la autorización del servicio

1. Para solicitudes de Autorización Previa, el Contratista debe hacer una Determinación sobre la Autorización del Servicio y avisarle al Afiliado telefónicamente y por escrito sobre la determinación tan pronto como lo requiera el estado del Afiliado y no más de:
 - a. Aceleradas: setenta y dos (72) horas tras recibir la Solicitud para la Autorización del Servicio.
 - b. Estándar: catorce (14) días tras recibir la Solicitud para la Autorización del Servicio.
2. Para las Solicitudes de Revisión Simultánea, el Contratista tiene que hacer una Determinación sobre la Autorización del Servicio y avisarle al Afiliado telefónicamente y por escrito sobre la determinación tan pronto como lo requiera el estado del Afiliado y no más de:

- a. Aceleradas: setenta y dos (72) horas tras recibir la Solicitud para la Autorización del Servicio.
 - b. Estándar: catorce (14) días tras recibir la Solicitud para la Autorización del Servicio.
 - c. En el caso de una solicitud para servicios del cuidado de la salud en casa cubiertos por Medicaid después de un ingreso como paciente internado, un (1) día hábil tras recibir la información necesaria; excepto cuando el día siguiente a la Solicitud para la Autorización del Servicio cae en un fin de semana, luego setenta y dos (72) horas tras recibir la información necesaria; pero en cualquier caso, no más de tres (3) días hábiles tras recibir la Solicitud para la Autorización del Servicio.
3. Prórroga de hasta 14 días calendario. El Afiliado o un proveedor pueden solicitar la prórroga en su nombre (por escrito o verbalmente). El plan también puede iniciar una prórroga si puede justificar una necesidad para más información y si la prórroga es en el interés del Afiliado. En todo caso, la razón de la prórroga debe estar bien documentada.
 - a. El Plan MLTC debe notificarle al Afiliado sobre una prórroga iniciada por el plan de la fecha límite para la revisión de su solicitud de servicio. El Plan MLTC debe explicar la razón de la demora y cómo la demora es en el mejor interés del Afiliado. El Plan MLTC debería solicitar toda información adicional requerida para ayudar a hacer o volver a hacer la determinación y ayudarle al Afiliado con listas de posibles fuentes de la información solicitada.
 4. El Afiliado o proveedor pueden apelar la decisión – vea los procedimientos de apelación.
 5. Si el plan rechazó la solicitud del Afiliado para una revisión acelerada, el plan la tramitará como revisión estándar.
 - a. El Contratista debe avisarle al Afiliado si su solicitud para la revisión acelerada ha sido rechazada y que la solicitud para el servicio Afiliado será revisada dentro del plazo estándar.

Otros plazos para los avisos de la Acción

1. Cuando el Contratista tiene previsto restringir, reducir, suspender o cancelar un servicio autorizado previamente dentro de un plazo de autorización, ya sea como el resultado de una Determinación de la Autorización del Servicio u otra Acción, debe avisarle por escrito al Afiliado por lo menos diez (10) días antes de la fecha de entrada en vigor de la Acción prevista, excepto cuando:

- a. el plazo del aviso anticipado se acorta a cinco (5) días en casos de fraude confirmado del Afiliado; o
- b. el Contratista puede enviar el aviso por correo a más tardar en la fecha de la Acción por lo siguiente:
 - i. el fallecimiento del Afiliado;
 - ii. una declaración escrita, firmada por el Afiliado solicitando la cancelación del servicio o proporcionando información que requiera la cancelación o reducción de los servicios (en la cual el Afiliado entiende que esto debe ser el resultado de proporcionar la información);
 - iii. el ingreso del Afiliado a una institución donde él no cumple con los requisitos para recibir más servicios;
 - iv. la dirección del Afiliado es desconocida y el correo dirigido a él es devuelto porque no se indica dirección de reenvío;
 - v. otra jurisdicción ha aceptado al Afiliado para servicios de Medicaid; o
 - vi. el médico del Afiliado receta un cambio en su nivel de atención médica.
- c. Para CBLTCS y ILTSS, cuando el Contratista tiene previsto reducir, suspender o cancelar un servicio autorizado previamente o emitir una autorización para un nuevo plazo de nivel o cantidad inferior al autorizado previamente, debe avisarle por escrito al Afiliado por lo menos diez (10) días antes de la fecha de entrada en vigor de la Acción prevista, sin importar la fecha de vencimiento del plazo original de autorización, excepto bajo las circunstancias descritas en 1(a)-(b).
 - i. Para CBLTCS y ILTSS, cuando el Contratista tiene previsto reducir, suspender o cancelar un servicio autorizado previamente o emitir una autorización para un nuevo plazo de nivel o cantidad inferior al autorizado previamente, el Contratista notificará la fecha de entrada en vigor de la Acción para que caiga en un día no hábil, a menos que el Contratista brinde cobertura telefónica "en vivo" las veinticuatro (24) horas de los siete (7) días de la semana para aceptar y responder a Quejas, Apelaciones a Quejas y Apelaciones a Acciones.
- d. El Contratista debe enviarle al Afiliado el aviso escrito por correo en la fecha de la Acción cuando ésta es una negación de pago total o parcial,
- e. Cuando el Contratista no llega a la determinación dentro de los plazos de Determinación de la Autorización del Servicio descritos en este Apéndice,

se considera una Determinación Adversa y el Contratista debe avisarle al Afiliado sobre la Acción en la fecha en que expiran los plazos.

Contenido de los avisos sobre la acción

1. El Contratista debe utilizar el modelo del aviso MLTC Determinación Adversa Inicial para todas las acciones, excepto para aquellas basadas en un intento de restringir acceso a proveedores bajo el programa de restricción de beneficiarios.
2. Para acciones basadas en un intento de restringir acceso a proveedores bajo el programa de restricción de beneficiarios, el aviso sobre la acción deberá contener lo siguiente según corresponda:
 - a. la fecha en que comenzará la restricción;
 - b. el efecto y alcance de la restricción;
 - c. la razón por la restricción;
 - d. el derecho del beneficiario a una apelación;
 - e. instrucciones para solicitar una apelación, incluyendo el derecho de recibir continuación de ayuda si la solicitud es hecha antes de la fecha de entrada en vigor de la acción prevista o 10 días después del envío de los avisos, lo que ocurra más tarde;
 - f. el derecho del Contratista de designar a un proveedor primario para el beneficiario;
 - g. el derecho del beneficiario de seleccionar a un proveedor primario dentro de dos semanas a partir de la fecha del aviso de la intención de restringir, si el Contratista le da al beneficiario una selección limitada de proveedores primarios;
 - h. el derecho del beneficiario de solicitar un cambio a un proveedor primario cada tres meses o antes si hay causa fundada;
 - i. el derecho a reunirse con el Contratista para hablar sobre la razón en pro de la restricción prevista y su efecto;
 - j. el derecho del beneficiario de explicar y presentar documentación, ya sea en una reunión o entregándola, que muestre una necesidad médica de cualquier servicio citado como mal utilizado en el Paquete Informativo del Beneficiario;
 - k. el nombre y teléfono de la persona de contacto para organizar una reunión;
 - l. el hecho de que una reunión no suspenda la fecha de entrada en vigor que aparece en el aviso sobre la intención de restringir;
 - m. el hecho de que la reunión no tome el lugar ni reduzca el derecho del beneficiario de tener una audiencia imparcial;
 - n. el derecho del beneficiario de examinar el expediente de su caso; y
 - o. el derecho del beneficiario a examinar los expedientes archivados por el Contratista, que pueden identificar servicios MA pagados en nombre del

beneficiario. A esta información generalmente se le conoce como “detalle del reclamo” o “perfil del beneficiario”.

Apelaciones externas del Estado

Si denegamos su apelación porque determinamos que el servicio no es necesario por razones médicas o es de carácter experimental o de investigación, usted puede solicitar una apelación externa del Estado de Nueva York. La decisión respecto de la apelación externa está a cargo de revisores que no trabajan para nosotros ni para el Estado de Nueva York. Estos revisores son personas calificadas y aprobadas por el Estado de Nueva York. No tiene que pagar por una apelación externa.

Cuando tomemos una decisión de denegar una apelación por falta de necesidad médica o sobre la base de que el servicio es de carácter experimental o de investigación, le proporcionaremos información sobre cómo presentar una apelación externa, incluido un formulario para presentar la apelación externa junto con nuestra decisión de denegar una apelación. Si desea una apelación externa, debe presentar el formulario ante el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York en un plazo de cuatro meses a partir de la fecha en que denegamos su apelación.

Se tomará una decisión sobre su apelación externa en 30 días. Es posible que se requiera más tiempo (hasta 5 días hábiles) si el revisor de la apelación externa solicita más información. El revisor le informará a usted y a nosotros sobre la decisión final en el término de dos días hábiles después de la toma de la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico afirma que una demora causaría graves daños a su salud. Esto se denomina apelación externa acelerada. El revisor de la apelación externa decidirá una apelación acelerada en 3 días o menos. El revisor le informará a usted y a nosotros sobre la decisión de inmediato, por teléfono o por fax. Con posterioridad se enviará una carta en la que se notifica la decisión.

Puede solicitar una audiencia imparcial junto con una apelación externa. Si solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión del funcionario de la audiencia imparcial será la que prevalezca.

¿Puedo irme del Plan?

Sí. La afiliación es voluntaria y puede iniciar el proceso de desafiliación en cualquier momento, en forma oral o por escrito. Si su desafiliación se debe a una queja o inquietud, comuníquese con Servicios a los miembros. Apreciamos su membresía en VillageCareMAX y nos gustaría tener la oportunidad de poder abordar y resolver aquello que no le satisface del Plan.

En general, si notifica a VillageCareMAX que desea desafiliarse hasta el día 10 del mes, la desafiliación es efectiva a partir del primer día del mes siguiente. Si nos notifica después del día 10 del mes, su desafiliación no entrará en vigencia hasta el mes siguiente. Por ejemplo, si presenta una solicitud de desafiliación entre el 1 y el 10 de enero, la desafiliación entrará en vigencia el 1 de febrero. Si presenta su solicitud entre el 11 y el 31 de enero, la desafiliación entrará en vigencia el 1 de marzo.

Recibirá la notificación escrita de la fecha de su desafiliación. VillageCareMAX continuará proporcionándole o coordinando la prestación de servicios cubiertos hasta la fecha de entrada en vigencia de su desafiliación. También le ayudaremos en la transferencia a un proveedor de servicios nuevo.

Existen situaciones en las que podemos vernos obligados a cancelar la participación de un miembro. Esto se denomina desafiliación involuntaria. La desafiliación no puede estar basada en el deterioro o el agravamiento de su estado de salud ni en el costo de sus servicios cubiertos.

Deberemos desafiliarlo del Plan si:

- Se muda fuera del área de servicio.
- Abandona el área de servicio durante más de 30 días consecutivos.
- Es hospitalizado durante más de 45 días consecutivos.
- Es admitido en un centro de cuidados especializados (hogar de ancianos) y no reúne los requisitos para Medicaid institucional.
- Finaliza su participación en Medicaid.
- Deja de demostrar la necesidad funcional y clínica de cuidados a largo plazo de base comunitaria del plan.
- Usted es elegible para Medicaid solamente y ya no cumple con el nivel de cuidado a nivel de hogar de ancianos según lo determinado usando la herramienta de evaluación que el Departamento de Salud requiere que se use.
- Se afilia a un programa de servicios de exención basados en el hogar y la comunidad, o se inscribe en un programa o empieza a residir en un centro auspiciado por la Oficina de Salud Mental, la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo o la Oficina de Servicios contra el Alcoholismo y el Abuso de Sustancias.

Es posible que se cancele su inscripción en el Plan si:

- Usted u otros integrantes de su hogar exhiben conductas abusivas o perturbadoras o si no colaboran hasta el punto en que corre riesgo la prestación de la atención.
- No paga lo que le corresponde en concepto de responsabilidad económica como paciente en el plazo de 30 días.
- Usted o su familia proporcionan información falsa al programa o participan en

conductas fraudulentas.

- A sabiendas, no cumple en completar y enviar la documentación solicitada.

Su Administrador de Cuidado trabajará con usted para intentar resolver estas cuestiones. Si no se resuelven los problemas, VillageCareMAX notificará a agente de inscripción del estado – New York Medicaid Choice, sobre la solicitud de desafiliación. El NYMC debe estar de acuerdo con cualquier desafiliación involuntaria y le notificará por escrito al respecto. VillageCareMAX continuará proporcionándole o coordinando la prestación de servicios cubiertos hasta la fecha de entrada en vigencia de su desafiliación. El personal del programa le ayudará con la coordinación de futuros servicios de otro proveedor. A fin de evitar una brecha en la prestación de servicios, los servicios del proveedor nuevo entrarán en vigencia en la fecha de desafiliación de VillageCareMAX.

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

- ✓ Tiene derecho a recibir atención que sea necesaria por razones médicas.
- ✓ Tiene derecho a obtener acceso a la atención y los servicios en el momento oportuno.
- ✓ Tiene derecho a la privacidad de sus registros médicos y cuando reciba tratamiento.
- ✓ Tiene derecho a obtener información sobre las opciones de tratamiento disponibles y las alternativas en una manera y un idioma que usted entienda.
- ✓ Tiene derecho a recibir la información en un idioma que entienda; puede obtener servicios de interpretación sin cargo.
- ✓ Tiene derecho a obtener información necesaria para brindar su consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.
- ✓ Tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- ✓ Tiene derecho a obtener una copia de sus registros médicos y a pedir que se modifiquen y enmienden los registros.
- ✓ Tiene derecho a intervenir en las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a negarse a recibir tratamiento.
- ✓ Tiene derecho a ser libre de cualquier forma de restricción o aislamiento que se utilice como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- ✓ Tiene derecho a obtener atención independientemente de cuestiones de sexo, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión.
- ✓ Tiene derecho a ser asesorado sobre el lugar, el momento y la manera de obtener

los servicios que necesite de VillageCareMAX, incluso sobre cómo puede obtener beneficios de proveedores que no pertenecen a la red.

- ✓ Tiene derecho a presentar un reclamo ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York o el Departamento de Servicios Sociales de su localidad, y a usar el sistema de audiencias imparciales y el programa de apelaciones externas del Estado de Nueva York.
- ✓ Tiene derecho a designar a alguien para que hable en su nombre sobre su atención y tratamiento.
- ✓ Tiene derecho a dar instrucciones por adelantado y hacer planes sobre su atención. (Recibirá información escrita sobre las instrucciones por adelantado con una descripción de la ley estatal aplicable).
- ✓ Tiene derecho a recibir asistencia para completar un formulario de apoderado de atención médica y a asegurarse de que se pueda cumplir con sus instrucciones por adelantado.
- ✓ Tiene derecho a comenzar la desafiliación de VillageCareMAX en cualquier momento.
- ✓ Tiene derecho a colaborar en el desarrollo y la evaluación de programas nuevos y existentes y pólizas relacionadas.
- ✓ Tiene derecho a elegir su médico de atención primaria.
- ✓ Tiene derecho a solicitar ayuda del programa del Ombudsman Participante.

Como miembro de VillageCareMAX asume las siguientes responsabilidades:

- ✓ Aceptar servicios independientemente de la raza, color, religión, edad, sexo, nacionalidad o discapacidad del prestador.
- ✓ Obtener la autorización previa de los servicios y tratamientos proporcionados por VillageCareMAX de su médico, enfermera que actúa como Administrador de Cuidado y Servicios a los miembros (los servicios de emergencia no requieren aprobación previa).
- ✓ Cuando corresponda, efectuar el pago a VillageCareMAX de cualquier cantidad en concepto de responsabilidad económica como paciente según lo identificado por la HRA.
- ✓ Asistir a las citas médicas o notificar al programa si no puede cumplir con una cita.
- ✓ Proporcionar información exacta y completa a los cuidadores.

- ✓ Participar en la creación y en la actualización de su plan de cuidado de salud.
- ✓ Solicitar más información a la enfermera que actúa como su Administrador de Cuidado sobre cualquier tema que no comprenda.
- ✓ Asistir en el desarrollo y el mantenimiento de un entorno seguro.
- ✓ Cumplir con todos los requisitos de VillageCareMAX según se indica en el Manual del miembro.
- ✓ Obtener servicios dentro de la lista de proveedores de VillageCareMAX cuando sea necesario.
- ✓ Participar en cuestionarios y/o encuestas y grupos de trabajo para mejorar la calidad de nuestro servicio con respecto a este programa.

Previo Pedido, Recibirá la Siguiete Información:

- ✓ Lista de los nombres, direcciones comerciales y puestos oficiales de los integrantes de la junta directiva, funcionarios, controladores, propietarios y socios de VillageCareMAX.
- ✓ El estado financiero anual de VillageCareMAX en su versión más reciente y certificada.
- ✓ Información relacionada con quejas de consumidores con respecto a VillageCareMAX.
- ✓ Descripción escrita de las disposiciones organizativas de VillageCareMAX.
- ✓ Descripción de los procedimientos de VillageCareMAX con respecto a la protección de la confidencialidad de los registros médicos y otros datos de los miembros, así como el proceso de continuidad del programa de garantía de calidad.
- ✓ Afiliaciones de los profesionales de la salud con hospitales.
- ✓ Descripción de los criterios utilizados en la toma de decisiones sobre la aprobación o denegación de servicios.
- ✓ Procedimientos de aplicación y requisitos de calificación mínima para los proveedores de atención médica que participan en VillageCareMAX.
- ✓ Una copia de sus registros del programa VillageCareMAX, previo pedido por escrito.

Programa El Dinero Sigue a la Persona (MFP) / Open Doors (*Puertas Abiertas*)

Esta sección explicará los servicios y soportes que están disponibles a través del programa *El Dinero Sigue a la Persona (MFP) / Open Doors*. *MFP / Open Doors* es un programa que puede ayudar a los inscritos a mudarse de un asilo de ancianos a su hogar o residencia en la comunidad. Puede calificar para MFP si:

- Ha vivido en un asilo por tres meses o más
- Tener necesidades de salud que puedan ser satisfechas a través de servicios en su comunidad

MFP / Open Doors tiene personas llamadas Especialistas en Transición y Pares que pueden reunirse con usted en el hogar de ancianos y hablarle sobre cómo regresar a la comunidad. Los especialistas en transición y los pares son diferentes de los encargados de la atención y de los planificadores de altas. Ellos pueden ayudarle:

- Dándole información sobre servicios y apoyos en la comunidad
- Encontrando servicios ofrecidos en la comunidad para ayudarle a ser independiente
- Visitándole o llamándole después de mudarse para asegurarse de que tiene lo que necesita en casa

Para obtener más información sobre *MFP / Open Doors*, o para establecer una visita de un especialista en transición o uno de los pares, llame a la Asociación de Vida Independiente de Nueva York al 1-844-545-7108 o envíe un correo electrónico a mfp@health.ny.gov. También puede visitar MFP / Open Doors en la web en www.health.ny.gov/mfpo www.ilny.org.



112 Charles Street
New York, New York 10014
(800) 4MY-MAXCARE
(800) 469-6292
www.villagecaremax.org

John W. Behre, Jr. **Emma DeVito**
Chairman President & CEO

**See What's Possible When
Health Care Gets Personal.**

Transferencias

Si usted quiere transferirse a otro Plan MLTC Medicaid

Puede probarnos por 90 días. Durante ese período, puede salirse de VillageCareMAX y afiliarse a otro plan de salud en cualquier momento. Si usted no se sale en los primeros 90 días, deberá quedarse en VillageCareMAX por nueve meses más, a menos que tenga una buena razón (causa justificada). Algunos ejemplos de Causa Justificada son:

- Usted se muda de nuestra área de servicio.
- Tanto usted como el plan y el Departamento de Servicios Sociales de su condado o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York están de acuerdo que salirse de VillageCareMAX es lo mejor para usted.
- Su proveedor actual de cuidados a domicilio no trabaja con nuestro plan.
- No hemos podido proporcionarle servicios de la manera que estamos obligados a hacerlo conforme a nuestro contrato con el Estado.

Si usted reúne los requisitos, puede cambiarse a otro tipo de plan de cuidados administrados a largo plazo como Medicaid Advantage Plus (MAP) o los Programas de Cuidados Todo Incluido para las Personas de la Tercera Edad (PACE) en todo momento so causa justificada.

Para cambiarse de planes, llame a Medicaid Choice de Nueva York al 1-800-505-5678. Los asesores de Medicaid Choice de Nueva York pueden ayudarle a cambiar planes de salud.

Podría tardar de dos a seis semanas para que su inscripción en un nuevo plan se active. Usted recibirá un aviso de Medicaid Choice de Nueva York indicándole la fecha cuando será inscrito en nuestro nuevo plan. VillageCareMAX le proporcionará sus cuidados que necesita hasta entonces.

Llame a Medicaid Choice de Nueva York si necesita pedir un trámite más rápido porque el tiempo que tarda para transferirse de planes afectará su salud. También puede pedirles un trámite más rápido si le dijo a Medicaid Choice de Nueva York que no estuvo de acuerdo en inscribirse en VillageCareMAX.

Notificación de no discriminación

VillageCareMAX cumple con las leyes federales de derechos civiles. VillageCareMAX no excluye a las personas o la trata de manera diferente debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. VillageCareMAX no excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

VillageCareMAX ofrece lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - ✓ Intérpretes calificados del lenguaje de señas
 - ✓ Información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuya primera lengua no es el inglés, tales como:
 - ✓ Intérpretes calificados
 - ✓ Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de VillageCareMAX al 1-800-469-6292. Para los servicios TTY / TDD, llame al 711.

Si usted cree que VillageCareMAX no le ha dado estos servicios o lo ha tratado de otra manera debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con VillageCareMAX:

Por correo: Coordinador de Quejas, VillageCareMAX, 112 Charles Street,
Nueva York, NY 10014
Teléfono: 1-800-469-6292, TTY 711
Fax: 347-226-5181
En persona: Coordinador de Quejas, VillageCareMAX, 112 Charles Street,
Nueva York, NY 10014
Correo electrónico: complaints@villagecare.org

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por vía electrónica a través de la Oficina de Derechos Civiles, a través de:

Sitio web: Office of Civil Rights Complaint Portal
en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Por correo: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Los formularios de quejas están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
Teléfono: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)