

Manual para miembros de Medicaid Advantage Plus 2026



ElderServe **MAP**[™]
(HMO D-SNP)

Para obtener más información, llámenos al:
1-800-362-2266 (TTY 711)

www.ElderServeHealth.org

ÍNDICE

Sección I: Ayuda De Servicios Para Miembros.....	2
Sección II: Requisitos Para La Inscripción En El Programa Map	3
Sección III: Servicios Cubiertos Por El Programa ElderServe MAP	7
Sección IV: Servicios De Medicaid No Cubiertos Por Nuestro Plan.....	16
Sección V: Procesos De Autorización De Servicio, Apelaciones Y Quejas	18
Sección VI: Cancelación De La Inscripción En El Programa ElderServe MAP	30
Sección VII: Competencia Cultural Y Lingüística	32
Sección VIII: Derechos Y Responsabilidades Del Miembro	32

LE DAMOS LA BIENVENIDA AL PROGRAMA MEDICAID ADVANTAGE PLUS DE ELDERSERVE HEALTH

Le damos la bienvenida al programa Medicaid Advantage Plus (MAP) de ElderServe Health. El programa MAP está diseñado para personas que tienen Medicare y Medicaid y que necesitan servicios de salud y servicios y apoyos a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS), como atención a domicilio y atención personal, para que puedan permanecer en sus hogares y comunidades el mayor tiempo posible.

Este manual le ofrece información sobre los beneficios adicionales que cubre ElderServe Health MAP desde el momento en que se inscribe en ElderServe Health MAP. También le indica cómo solicitar un servicio, presentar un reclamo o cancelar la inscripción en ElderServe Health MAP. Los beneficios que se describen en este manual se suman a los beneficios de Medicare que se describen en la Evidencia de cobertura de Medicare para ElderServe Health. Conserve este manual junto con la Evidencia de cobertura de Medicare para ElderServe Health. Necesitará los dos documentos para saber qué servicios están cubiertos y cómo obtenerlos.

Sección I: AYUDA DE SERVICIOS PARA MIEMBROS

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

Alguien de Servicios para miembros puede ayudarle.

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este,
llame al 1-800-362-2266; TTY: 711

Si necesita ayuda en otro momento, llámenos al
1-800-362-2266; TTY 711. Nuestro servicio de guardia,
que está disponible las 24 horas, los siete días de la semana,
responderá su llamada.

Si tiene necesidades especiales de audición o visión, con gusto le prestaremos asistencia y lo ayudaremos a encontrar los servicios que cumplan con sus necesidades. Podemos ayudarle leyéndole los documentos de ElderServe MAP. También podemos proporcionar información en otros idiomas y contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés, incluidos ayudas y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio u otros formatos electrónicos)

Si desea recibir información en otro idioma o necesita una traducción u otro tipo de asistencia, llame a Servicios para miembros al 1-800-362-2266, TTY: 711 y solicite los servicios de un intérprete, una traducción u otra asistencia.

Sección II: REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA MAP

MAP es un programa para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. Usted es elegible para unirse al programa MAP si cumple con **todos** los requisitos que aparecen a continuación:

- 1) Tiene 18 años o más.
- 2) Reside en el área de servicio del plan, que son los condados de Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens, Richmond y Westchester.
- 3) Tiene Medicaid.
- 4) Tiene constancia de la cobertura de las Partes A y B de Medicare.
- 5) Está inscrito en el Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad de Medicare Advantage de ElderServe MAP.
- 6) En el momento de la inscripción, es capaz de regresar o permanecer en su hogar y en la comunidad sin poner en peligro su salud y seguridad, o bien se encuentra en un hogar de atención médica especializada de manera permanente.
- 7) Necesita al menos uno de los servicios de salud y servicios y apoyos a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS) durante más de 120 días y cumple con una de las siguientes descripciones:
 - personas con un diagnóstico médico de demencia o Alzheimer que necesiten ayuda, como mínimo supervisión, para realizar más de una actividad de la vida diaria (ADL); o
 - personas que se considera que necesiten ayuda, como mínimo asistencia limitada, con las maniobras físicas para realizar más de dos ADL.

Los CBLTSS incluyen los servicios prestados en el hogar o en la comunidad (cualquier lugar de residencia, ya sea permanente o temporal, que no sea un hospital, un hogar de ancianos con enfermería especializada o un centro relacionado con la salud) incluidos en el paquete de beneficios del plan MAP que sean proporcionados por el plan MAP en caso de que sean médicamente necesarios. Los servicios de CBLTSS incluyen atención de enfermería privada, enfermería especializada, servicios de salud en el hogar, servicios de atención personal*, servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor y atención médica diurna para adultos.

* El Nivel 2 requiere asistencia física para realizar las actividades de la vida diaria.

Los servicios como limpieza y compras no cubren la necesidad de servicios del Nivel 2.

[Encontrará más información en la sección 505.14 del título 18.](#)

Nota: A las personas inscritas en el programa de atención administrada a largo plazo (MLTC) a partir de agosto de 2025 se les otorgará el estatus de Plan Legacy en MLTC y serán evaluadas según los criterios anteriores, siempre y cuando permanezcan inscritas de manera continua. A estas personas con el estatus de Plan Legacy en MLTC no se les exigirá que cumplan con los requisitos de necesidades mínimas en el momento de la reevaluación.

Debe elegir uno de los médicos del plan para que sea su proveedor de atención primaria (PCP). Si más adelante decide cambiar su plan de Medicare, también deberá abandonar ElderServe MAP.

La cobertura que se explica en este manual inicia en la fecha de entrada en vigencia de su inscripción en el programa ElderServe MAP. La inscripción en el programa MAP es voluntaria.

Programa asesor independiente de New York (NYIAP): Proceso de evaluación inicial

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

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

El NYIAP programará la cita clínica y la CHA. El personal de enfermería certificado (RN) y capacitado completará la CHA. Después de la CHA, tendrá una cita clínica con un médico del NYIAP, quien completará una PO unos pocos días después.

Todos los años, al ser una persona inscrita en un plan de MLTC, ElderServe MAP le volverá a evaluar para asegurarse de que sus necesidades siguen cumpliendo los requisitos de elegibilidad del programa de MLTC.

ElderServe MAP utilizará los resultados de la CHA y la PO para determinar qué tipo de ayuda necesita y crear su plan de atención. Si su plan de atención propone que reciba PCS y/o CDPAS durante más de doce (12) horas al día, en promedio, se necesitará una revisión independiente del panel de revisión independiente (IRP) del NYIAP. El IRP es un panel de profesionales médicos que revisará su CHA, PO, plan de atención y cualquier otra documentación médica necesaria. Si se necesita más información, alguien del panel puede examinarle o analizar sus necesidades con usted. El IRP hará una recomendación a ElderServe MAP para determinar si el plan de atención satisface sus necesidades.

Una vez que el NYIAP haya completado los pasos de la evaluación inicial y haya determinado que usted es elegible para recibir MLTC, podrá elegir en qué plan de MLTC desea inscribirse. Como también está inscrito en Medicare para este mismo plan, ha elegido combinar sus beneficios e inscribirse en ElderServe MAP.

ElderServe MAP

Proceso de inscripción: el Programa asesor independiente de New York (NYIAP) le notificará el resultado de su evaluación. La evaluación inicial del NYIAP debe completarse e incorporarse en los registros antes de la inscripción en nuestro plan, excepto en el caso de los miembros que se transfieren de otro plan.

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

ElderServe MAP verificará sus derechos (Medicaid y Medicare) y el tipo de inscripción, y programará una reunión en su lugar de residencia para que uno de nuestros agentes autorizados de Medicare le presente el programa ElderServe MAP. Posteriormente, el personal de enfermería del Departamento de admisiones le visitará para realizar una evaluación integral a fin de determinar sus necesidades de atención médica y elaborar un plan de atención. El personal de enfermería del Departamento de admisiones revisará junto a usted el plan de atención centrado en la persona propuesto, que requiere su consentimiento para poder inscribirse. El personal de enfermería del Departamento de admisiones también se comunicará con su médico para conversar sobre su interés en la inscripción, los servicios cubiertos y su plan de atención.

Para la inscripción, se le pedirá que firme documentos, incluidos un acuerdo de inscripción, un formulario de exención de responsabilidad médica y un aviso de privacidad. Para que la fecha de entrada en vigencia sea el 1^{er} día del mes siguiente, las solicitudes de inscripción deben enviarse a los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS), y luego a New York Medicaid Choice (NYMC), el agente de inscripciones del estado de New York, antes del día 25 del mes. Si cumple con los criterios establecidos y su cobertura de Medicaid se encuentra activa, su inscripción por lo general entrará en vigencia el 1^{er} día del mes siguiente. Recibirá una tarjeta de identificación personal de ElderServe MAP para recibir los servicios de Medicare y Medicaid cubiertos por el plan. Recuerde que tiene que conservar su tarjeta de Medicaid habitual para obtener servicios que no están cubiertos por ElderServe MAP.

Cancelación de la solicitud de inscripción: puede retirar su solicitud de inscripción en cualquier momento antes de la fecha límite impuesta por NYMC o los CMS comunicándose con ElderServe MAP por escrito o de manera verbal.

- La fecha límite de los CMS es anterior a la fecha de entrada en vigencia de la inscripción. También puede llamar al 1-800-Medicare para retirar la solicitud.

Proceso de rechazo de la inscripción

Se rechazará su inscripción en ElderServe MAP si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- No cumple con los criterios de elegibilidad que se detallan anteriormente; o
- Logró inscribirse, pero no desea cancelar su inscripción en alguno de los siguientes:
 - otro plan de atención administrada de Medicaid; o

- un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad que incluye la exención de alternativa y transición a hogar de atención médica especializada (NHTD) y la exención de la oficina para personas con discapacidades del desarrollo (OPWDD)
 - un hospicio; o
 - el centro estatal de la OPWDD, o
- Previamente, ha cancelado de forma involuntaria su inscripción en nuestro Plan; o
- No da su consentimiento ni firma los documentos requeridos.
- **Tenga en cuenta que el rechazo de la inscripción es una solicitud que está sujeta a la aprobación de NYMC.**

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

Desarrollo de un plan de atención (POC) inicial

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

Tarjeta de identificación de miembro del plan

Recibirá su tarjeta de identificación de ElderServe MAP dentro de los catorce (14) días siguientes a la fecha de entrada en vigencia de la inscripción. Verifique que toda la información en su tarjeta sea correcta. Asegúrese de llevar consigo su tarjeta de identificación en todo momento junto con su tarjeta de Medicaid. Si pierde o le roban la tarjeta, comuníquese con Servicios para miembros de ElderServe MAP llamando al 1-800-326-2266 TTY/TDD 711.

Normas para las citas de salud conductual

Utilice la siguiente lista como las **normas que se aplican a las citas en cuanto a los límites de tiempo de espera luego de solicitar una cita de salud conductual**:

- Cita inicial en un centro o clínica para pacientes ambulatorios: 10 días hábiles.
- Cita inicial con un profesional de salud conductual que no es empleado ni tenga contrato con una clínica o centro para pacientes ambulatorios: 10 días hábiles.
- Visita de seguimiento luego de una visita a la sala de emergencias (ER) por salud mental o abuso de sustancias o una visita de paciente externo: 5 días hábiles.
- Visita que no sea de emergencia por salud mental o abuso de sustancias: 5 días hábiles.

Si no puede programar una cita de salud conductual dentro de los tiempos de espera para citas indicados anteriormente, usted o la persona que designe pueden presentar una queja por acceso a ElderServe MAP, por teléfono al 1-800-326-2266 y por escrito a ElderServe MAP 80 West 225th Street, Bronx, NY 10463, para resolver este problema.

Si no podemos encontrar un proveedor participante en el plan que pueda tratar su afección de salud conductual, puede recibir una remisión a un proveedor calificado fuera de la red que pueda hacerlo.

Queja por acceso a la salud conductual

Si no puede programar una cita de salud conductual y si presenta una queja por acceso a la salud conductual, ElderServe MAP debe proporcionarle el nombre y la información de contacto de un proveedor que pueda tratar su afección de salud conductual. ElderServe MAP debe proporcionar esta información dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la recepción de su queja.

SECCIÓN III: SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PROGRAMA ELDERSERVE MAP

Deducibles y copagos sobre servicios cubiertos por Medicare

Muchos de los servicios que usted recibe, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, las visitas al médico, los servicios de emergencia y los análisis de laboratorio, están cubiertos por Medicare y se describen en la Evidencia de cobertura de Medicare para ElderServe MAP. En el Capítulo 3 de la Evidencia de cobertura de Medicare para ElderServe MAP se explican las reglas para usar proveedores del plan y recibir atención en una emergencia médica o si se necesita atención de urgencia. Algunos servicios tienen deducibles y copagos. Estos montos se muestran en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura de Medicare para ElderServe MAP, en la columna “Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos”. Como se ha inscrito en ElderServe MAP y tiene Medicaid, ElderServe MAP pagará estos montos en su nombre. No tiene que pagar estos deducibles y copagos, salvo los que se aplican a algunos artículos de farmacia.

Si hay una prima mensual por los beneficios (consulte el Capítulo 1 de la Evidencia de cobertura de Medicare para ElderServe MAP), no tendrá que pagar esa prima dado que tiene Medicaid. También cubriremos muchos servicios que no están cubiertos por Medicare, pero que sí están cubiertos por Medicaid. En las secciones a continuación se explica lo que está cubierto.

Servicios de administración de la atención

Como miembro de nuestro plan, recibirá servicios de administración de la atención. Nuestro plan le proporcionará un administrador de atención que es un profesional de la salud, por lo general, un personal de enfermería o un trabajador social. Su administrador de atención trabajará junto con usted y su médico para determinar los servicios que necesita y elaborar un plan de atención. Su administrador de atención también coordinará las citas para recibir los servicios que necesite y coordinará el transporte para esos servicios.

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

Su POC por escrito incluye los servicios médicamente necesarios, que ElderServe MAP cubre y paga, y la coordinación de servicios no cubiertos por el plan para satisfacer sus necesidades. Su POC describe los servicios que necesita, con qué frecuencia los necesita y durante cuánto tiempo. Identifica, evalúa y le ayuda a controlar los factores físicos, emocionales y sociales que afectan su bienestar. Su POC se revisa, como mínimo, cada 12 meses y con mayor frecuencia según lo requiera su afección o si usted lo solicita. A medida que sus necesidades cambian, se modificará el POC para satisfacerlas. Su administrador de atención revisará el POC con usted y hablará sobre cualquier cambio. Si tiene alguna pregunta o inquietud, puede llamar a su administrador de atención o a cualquier miembro de su equipo de administración de atención al 1-800-362-2266.

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

Puede solicitar servicios fuera del POC aprobado; sin embargo, deberá obtener la aprobación del plan y la autorización previa para realizar la solicitud. Su administrador de atención, que trabaja con su equipo de administración de atención, se encargará de su solicitud. Todos los servicios cubiertos requieren la aprobación previa de ElderServe MAP, excepto ciertos servicios que están preaprobados. En el caso de algunos servicios, es posible que se inicie una nueva evaluación clínica y que la solicitud requiera documentación médica específica.

Para recibir atención fuera del horario laboral, el servicio de guardia de ElderServe MAP y la Línea directa de enfermería están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana llamando al 1-800-362-2266, TTY 711.

Otros servicios cubiertos

Como usted tiene Medicaid y califica para el programa MAP, nuestro plan coordinará y pagará los servicios médicos y sociales adicionales que se describen a continuación. Puede obtener estos servicios siempre que sean médicamente necesarios. Su administrador de atención ayudará a identificar los servicios y proveedores que necesita. En algunos casos, es posible que necesite una remisión o una orden de su médico para recibir estos servicios. Estos servicios deben ser proporcionados por proveedores que formen parte de la red de ElderServe MAP. Si no puede encontrar un proveedor en nuestro plan, debe solicitar la aprobación y autorización previa de

ElderServe MAP antes de recibir estos servicios de un proveedor fuera de la red, salvo en el caso de atención de emergencia o de urgencia. Una autorización previa es una aprobación para los servicios que desea recibir.

ElderServe MAP evaluará las solicitudes de servicios cubiertos proporcionados por un proveedor fuera de la red cuando el servicio no pueda ser proporcionado un proveedor dentro de la red y ElderServe MAP considere que los servicios son médicamente necesarios. Tras la aprobación de su solicitud, le emitiremos una carta de aprobación y procesaremos un acuerdo de caso único para autorizar y establecer la cantidad y la duración de los servicios aprobados proporcionados por un proveedor fuera de la red. Si algún servicio no se aprueba, o se aprueba parcialmente, le emitiremos una determinación adversa inicial (IAD) que establece los motivos del rechazo y describe el proceso de apelación.

No es necesario que solicite autorización para recibir los servicios establecidos en su POC. Además, no se requiere autorización previa para realizarse un examen anual de rutina dental, de la vista y de la audición. De lo contrario, se requiere autorización previa para recibir los siguientes servicios, de la que se encarga su administrador de atención en coordinación con los departamentos de ElderServe para artículos específicos, como suministros y equipos médicos duraderos, terapias de rehabilitación, etc. Para solicitar una autorización previa, usted o su médico deben llamar a ElderServe MAP al 1-800-362-2266; los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Servicios que requieren autorización previa

- *Atención médica diurna para adultos*
- *Audiología**
- *Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor*
- *Atención dental*
- *Equipo médico duradero*
- *Transporte de emergencia*
- *Comidas entregadas a domicilio y/o comidas en un entorno grupal, como un centro de atención diurna*
- *Servicios de atención médica a domicilio no cubiertos por Medicare, incluidos servicios de enfermería, asistencia médica en el hogar, terapias ocupacional, física y del habla*
- *Atención de salud mental para pacientes hospitalizados que superen el límite de por vida de 190 días de Medicare*
- *Servicios médicos sociales*
- *Suministros médicos*
- *Atención en un hogar de atención médica especializada no cubierta por Medicare (siempre que sea elegible para Medicaid institucional)*
 - La atención en un hogar de atención médica especializada está cubierta para personas que se considera que están de manera permanente en este tipo de hogar, siempre y cuando usted sea elegible para la cobertura de Medicaid institucional.

- ***Nutrición***
 - Bajo ciertas condiciones, los adultos que tienen VIH, SIDA o una enfermedad relacionada con el VIH, u otra enfermedad o afección, pueden ser elegibles para recibir nutrición oral adicional.
 - La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de los aminoácidos y los ácidos orgánicos incluirá alimentos sólidos modificados que son bajos en proteínas o que contienen proteínas modificadas.
- ***Optometría***
- ***Rehabilitación para pacientes ambulatorios***
- ***Atención personal (como asistencia para bañarse, comer, vestirse, ir al baño y caminar)***
 - ***Programa de asistencia personal dirigida por el consumidor***

- **Intermediario fiscal estatal**

A partir del 1 de abril de 2025, los miembros deben comunicarse con Public Partnerships Ltd. (PPL) para registrarse.

Public Partnerships Ltd. (PPL)

Centro de asistencia: 1-833-247-5346 o TTY: 1-833-204-9042.

Sitio web: pplfirst.com/cdpap

ElderServe MAP ofrece a los miembros la opción de recibir servicios de atención personal a través del programa de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAP), administrado por Public Partnership (PPL). Los miembros elegibles que prefieran contratar, capacitar y administrar a su propio asistente personal (PA) pueden inscribirse en el CDPAP. ElderServe MAP ayudará a los miembros con lo siguiente:

- Explicar el programa y confirmar elegibilidad
- Conectar a los miembros con PPL de forma directa para completar la inscripción
- Ayuda en la resolución de problemas mediante la coordinación con un equipo especialista de PPL, cuando sea necesario.

Los miembros pueden comunicarse con PPL al 1-833-247-5346 o visitar pplfirst.com si tienen preguntas sobre el registro, las hojas de horas o la asistencia con la nómina.

- ***Sistema de respuesta ante emergencias personales***
- ***Enfermería privada***
- ***Prótesis y órtesis***
- ***Atención social diurna***
- ***Apoyos sociales/del entorno (como servicios de tareas domésticas, modificaciones en el hogar o atención de relevo)***

Pruebas de detección y servicios de necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN)

A partir del **1.º de enero de 2025**, podrá realizarse pruebas de detección y recibir remisiones a servicios locales, estatales y federales existentes a través de las redes de atención social (SCN) regionales. Si usted es elegible, estos grupos locales pueden ponerle en contacto con servicios en su comunidad que le ayudarán con la vivienda, el transporte, la educación, el empleo y la administración de la atención sin costo alguno para usted.

- Después de realizarse pruebas de detección a través de este SCN, usted y cualquier miembro interesado en su hogar pueden reunirse con un facilitador de atención social que confirmará su elegibilidad para recibir servicios que pueden ayudar con la salud y el bienestar individual. Es posible que soliciten documentación de respaldo a usted o a los miembros de su hogar para determinar las áreas en donde es posible que se necesite apoyo adicional.
- Si usted o alguno de los miembros de su hogar reúnen los requisitos para recibir servicios, el facilitador de atención social puede trabajar con usted para obtener el apoyo necesario. Puede calificar para más de un servicio, según la elegibilidad individual. Los servicios incluyen lo siguiente:
 - Apoyo para la vivienda y servicios:
 - Instalación de modificaciones en el hogar como rampas, pasamanos, barras de apoyo, pasillos, abridores de puertas eléctricos, ensanchamiento de puertas, manijas de puertas y gabinetes, instalaciones de baño, gabinetes o fregaderos de cocina y superficies antideslizantes para que su hogar sea accesible y seguro.
 - Servicios de eliminación de moho, plagas y asma.
 - Instalación de aire acondicionado, calefacción, humidificador o deshumidificador para mejorar la ventilación de su hogar.
 - Instalación de pequeñas unidades de refrigeración necesarias para tratamientos médicos.
 - Ayuda para encontrar y solicitar una vivienda segura y estable en la comunidad, lo que puede incluir asistencia con el alquiler y los servicios públicos.

NOTA: Algunos servicios para la vivienda pueden estar cubiertos por su plan. Por lo tanto, algunos servicios para la vivienda requerirán la coordinación entre el facilitador de atención social y el administrador de atención de su plan médico.

- Servicios de transporte:
 - Ayuda con el acceso al transporte público o privado para a lugares aprobados por la SCN, como ir a una entrevista de trabajo, clases para padres, tribunal de vivienda para evitar el desalojo, mercados de agricultores locales y oficinas del departamento de la ciudad o el estado

para obtener documentos importantes.

- Servicios de administración de la atención:
 - Obtención de ayuda para encontrar un empleo o un programa de capacitación laboral, solicitar beneficios públicos, administrar sus finanzas y más.
 - Contacto con servicios como cuidado infantil, consejería, intervención en crisis, programa de hogares de salud y más.

Cómo ponerse en contacto con un SCN en su área:

1. Puede llamar a Servicios para miembros del plan médico al 1-800-362-2266 TTY 711 y le conectaremos con un SCN en su área.
2. Puede llamar al SCN dentro de su condado y solicitar una evaluación o más información. Consulte la información de contacto de SCN en el cuadro a continuación.
3. También puede visitar su sitio web para comenzar una autoevaluación.

Una vez que se conecte con el SCN, un facilitador de atención social confirmará su elegibilidad a través de preguntas y documentación de respaldo (si es necesario), le brindará más información sobre los servicios elegibles y le ayudará a conectarse con ellos.

SCN	Condados	Número de teléfono
Health Equity Alliance of Long Island	Nassau, Suffolk	516-505-4434
	https://healiny.org/	
Hudson Valley Care Coalition, Inc.	Dutchess, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan, Ulster, Westchester	800-768-5080
	https://hudsonvalleycare.org/services/hudson-valleys-social-care-network/	
Public Health Solutions	Manhattan, Queens, Brooklyn	888-755-5045
	https://www.wholeyou.nyc/	
Staten Island Performing Provider System	Richmond	917-830-1140
	https://statenislandpps.org/social-care-network/	
Somos Healthcare Providers, Inc.	Bronx	833-SOMOSNY (833-766-6769)
	https://www.somoscommunitycare.org/social-care-network/	

Servicios de salud conductual cubiertos (salud mental y adicciones)

Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios adultos

- **Tratamiento diurno continuo (CDT):** proporciona a los adultos con enfermedades mentales graves las habilidades y el apoyo necesarios para permanecer en la comunidad y ser más independientes. Puede asistir varios días a la semana y las visitas duran más de una hora.
- **Hospitalización parcial (PH):** un programa que proporciona tratamiento de salud mental diseñado para estabilizar o ayudar a aliviar los síntomas agudos en una persona que pueda necesitar hospitalización.

Cuidado de salud mental de rehabilitación para pacientes ambulatorios adultos

- **Tratamiento asertivo comunitario (ACT):** el ACT se trata de un enfoque de equipo para servicios de tratamiento, apoyo y rehabilitación. Muchos servicios son proporcionados por el personal de ACT en la comunidad o donde usted vive. El ACT está dirigido a personas a las que se les ha diagnosticado una enfermedad mental grave o problemas emocionales.
- **Servicios de tratamiento ambulatorio y rehabilitación de salud mental (MHOTRS):** un programa que proporciona tratamiento, evaluación y manejo de síntomas. Los servicios pueden incluir terapias individuales y grupales en una clínica ubicada en su comunidad.
- **Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS):** un programa completo orientado a la recuperación si tiene una enfermedad mental grave y continua. El objetivo del programa es combinar tratamiento, apoyo y terapia para ayudar en su recuperación.

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

Servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad (CORE):

programa de recuperación centrado en la persona con apoyos móviles de salud conductual para ayudar a desarrollar habilidades y promover la participación y la independencia en la comunidad. Los servicios CORE están disponibles para miembros que el Estado ha identificado que cumplen con los criterios de riesgo de salud conductual de alta necesidad. Cualquier persona puede hacer remisiones o uno mismo también puede autorremitirse para recibir servicios de CORE.

- **Rehabilitación psicosocial (PSR):** este servicio ayuda con las habilidades para la vida, como establecer conexiones sociales, encontrar o conservar un trabajo, comenzar o regresar a la escuela y utilizar los recursos de la comunidad.
- **Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario (CPST):** este servicio le ayuda a controlar los síntomas a través del asesoramiento y el tratamiento clínico.
- **Apoyo y capacitación familiar (FST):** este servicio brinda a su familia y amigos la información y las habilidades necesarias para ayudarlo y apoyarlo.

- **Servicios de empoderamiento, apoyo entre pares:** este servicio le conecta con especialistas pares que han pasado por una recuperación. Recibirá apoyo y asistencia para aprender a:
 - vivir con problemas de salud y ser independiente;
 - tomar decisiones sobre su propia recuperación; y
 - encontrar apoyos y recursos naturales.

Servicios para situaciones de crisis de salud mental para adultos

- **Programa integral de emergencias psiquiátricas (CPEP):** un programa en hospitales que brinda apoyo en situaciones de crisis y camas para observación prolongada (hasta 72 horas) a personas que necesitan servicios de salud mental de emergencia.
- **Servicios de crisis móvil y crisis telefónica:** un servicio comunitario que responde a personas que experimentan una crisis de salud mental o adicción.
- **Programas residenciales de crisis:** una residencia de corta duración que ofrece servicios las 24 horas del día durante un máximo de 28 días, para personas que experimentan síntomas de salud mental o dificultades en la vida diaria que empeoran los síntomas. Los servicios pueden ayudar a evitar una hospitalización y apoyar el regreso a su comunidad.

Servicios ambulatorios para tratar adicciones en adultos

Los **centros de tratamiento para opioides (OTP)** son sitios certificados por la Oficina de servicios y apoyos para adicciones donde se administran medicamentos para tratar la dependencia a los opioides. Estos medicamentos pueden incluir metadona, buprenorfina y suboxona. Estos centros también ofrecen servicios de asesoramiento y educación. En muchos casos, puede recibir servicios continuos en una clínica de OTP durante toda su vida.

Servicios residenciales para tratar adicciones en adultos

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

Servicios de rehabilitación para tratar adicciones en pacientes adultos hospitalizados

Los **centros de tratamiento de adicciones (ATC) operados por el estado** brindan atención que responde a sus necesidades y apoya la recuperación a largo plazo. El personal de cada centro está capacitado para ayudar con múltiples afecciones, como enfermedades mentales. También ayudan en la planificación postratamiento. Los tipos de servicios de tratamiento de adicciones son diferentes en cada centro, pero pueden incluir tratamiento asistido con medicamentos, ludopatía, tratamiento específico según el género para hombres o mujeres y más.

Los programas de **rehabilitación de adicciones para pacientes hospitalizados** pueden brindarle un entorno seguro para la evaluación, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos por abuso de sustancias. Estos centros ofrecen atención las 24 horas, los 7 días de la semana, supervisada en todo momento por personal médico. Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen el manejo de los síntomas relacionados con la adicción y el seguimiento de las complicaciones físicas y mentales que provoca el abuso de sustancias.

Los programas de **desintoxicación supervisada médicamente para pacientes hospitalizados** ofrecen tratamiento para pacientes hospitalizados con abstinencia moderada e incluyen supervisión bajo el cuidado de un médico. Algunos de los servicios que usted puede recibir son una evaluación médica dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al ingreso y supervisión médica de los estados de intoxicación y abstinencia.

Telesalud

Puede recibir algunos servicios a través de telesalud cuando sea apropiado. Puede recibir servicios de telesalud a través eConsults o consultas electrónicas, que son comunicaciones entre su médico y los especialistas. Usted elige si recibe los servicios en persona o mediante telesalud. Si tiene preguntas adicionales sobre telesalud, comuníquese con su administrador de atención.

Cómo obtener atención fuera del área de servicio

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

Servicios de emergencia

Servicio de emergencia se refiere a la aparición repentina de una afección que representa una amenaza grave para su salud. Para emergencias médicas, llame al 911. No se necesita autorización previa para recibir servicio de emergencia. Sin embargo, debe informar a ElderServe MAP dentro de las 24 horas posteriores a la emergencia. Después de la emergencia, es posible que necesite servicios de atención a largo plazo que solo se pueden proporcionar a través de ElderServe MAP.

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

Procedimientos de atención de transición

Las personas inscritas recientemente en el ElderServe MAP pueden continuar con un plan de servicios centrado en la persona existente durante un periodo de transición de hasta noventa (90) días desde la inscripción o hasta que se acuerde un nuevo plan de servicios centrado en la persona entre el nuevo inscrito y el ElderServe MAP, lo que ocurra primero.

Las personas inscritas recientemente en el ElderServe MAP pueden continuar un tratamiento que esté en curso con un proveedor de atención médica que no pertenezca a la red, durante un período de transición de hasta noventa (90) días desde la inscripción, si el proveedor acepta el pago con la tarifa del plan, cumple con el aseguramiento de calidad de ElderServe MAP y otras políticas, y proporciona información médica sobre la atención al plan.

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

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

El Dinero Sigue a la Persona (Money Follows the Person)/Puertas Abiertas (Open Doors) es un programa que puede ayudarle a mudarse de un hogar de atención médica especializada a su hogar o residencia en la comunidad. Puede calificar para el programa El Dinero Sigue a la Persona/Puertas Abiertas en los siguientes casos:

- Vivió en un hogar de atención médica especializada durante tres meses o más.
- Tiene necesidades de salud que se pueden satisfacer con servicios en la comunidad.

El Dinero Sigue a la Persona/Puertas Abiertas cuenta con personal, denominados pares y especialistas en transición, que se reúnen con usted en el hogar de atención médica especializada para hablar sobre cómo regresar a la comunidad. Los pares y especialistas en transición son diferentes de los administradores de atención y los planificadores del alta hospitalaria. Para ayudarle, pueden hacer lo siguiente:

- Brindarle información sobre servicios y apoyos en la comunidad.
- Buscar servicios que se ofrecen en la comunidad para ayudarle a lograr la independencia.
- Visitarle o llamarle después de su mudanza, para asegurarse de que tiene todo lo que necesita en el hogar.

Para obtener más información sobre El Dinero Sigue a la Persona/Puertas Abiertas, o para programar una visita con un par o especialista en transición, llame a la New York Association on Independent Living al 1-844-545-7108, o envíe un correo electrónico a mfp@health.ny.gov. También puede visitar su sitio web en www.health.ny.gov/mfp o www.ilny.org.

Sección IV: SERVICIOS DE MEDICAID NO CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN

Hay algunos servicios de Medicaid que ElderServe MAP no cubre, pero que pueden estar cubiertos por Medicaid regular. Puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid utilizando su tarjeta de beneficios de Medicaid. Para saber si un servicio está cubierto por ElderServe MAP o Medicaid, llame a Servicios para miembros al 1-800-362-2266 TTY 711. Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid incluyen:

Farmacia:

La mayoría de los medicamentos con receta están cubiertos por la Parte D de Medicare de ElderServe MAP, tal como se describe en la Sección 6 de la Evidencia de cobertura (EOC) de Medicare para ElderServe MAP. Medicaid regular cubre algunos medicamentos que no están cubiertos por la Parte D de Medicare de ElderServe MAP. También es posible que Medicaid cubra medicamentos que nosotros hemos rechazado.

Los servicios que se enumeran a continuación están disponibles a través de Medicaid regular:**Ciertos servicios de salud mental, incluidos:**

- Servicios de administración de atención de Salud en el hogar (HH) y Salud en el hogar plus (HH+)
- Servicios de rehabilitación proporcionados a residentes de residencias comunitarias (CR) habilitadas por la Oficina de salud mental (OMH) y programas de tratamiento familiar
- Tratamiento diurno de la OMH
- Rehabilitación residencial para jóvenes de la Oficina de servicios y apoyos contra la adicción (OASAS)
- Clínicas de salud conductual comunitarias certificadas (CCBHC)
- Centro de tratamiento residencial (RTF) de la OMH

Para los inscritos en MAP hasta los 21 años:

- Servicios de tratamiento y apoyo para niños y familias (CFTSS)
- Servicios basados en la comunidad y el hogar para niños (HCBS)

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

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

Otros servicios de Medicaid:

- Terapia de observación directa para la tuberculosis (TB)
- Medicamentos para mejorar la ovulación médicamente necesarios y servicios médicos relacionados con la prescripción y el control del uso de dichos medicamentos, para miembros que cumplen los criterios

Planificación familiar:

- Los miembros pueden asistir a cualquier médico o clínica de Medicaid que provea atención para planificación familiar. Usted no necesita una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP).

Transporte que no sea de emergencia

- Cubierto por Medicaid regular y organizado por el agente de transporte estatal, con excepción de los programas de atención social diurna para adultos (SADC). Los proveedores de SADC son responsables de proporcionar transporte hacia y desde los programas para los miembros.

SERVICIOS NO CUBIERTOS POR ELDERSERVE MAP O MEDICAID

- Usted debe pagar los servicios que no están cubiertos por ElderServe MAP ni Medicaid si su proveedor le informa con antelación que estos servicios no están cubiertos Y usted acepta pagar por ellos. Ejemplos de servicios no cubiertos por ElderServe MAP ni Medicaid: Cirugía estética, si no es médicamente necesaria
- Artículos personales y de bienestar
- Servicios de un proveedor que no es parte del plan fuera de una emergencia médica (a menos que ElderServe MAP autorice que vea a ese proveedor)

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para miembros al 1-800-362-2266, TTY 711.

Sección V: PROCESOS DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIO, APELACIONES Y QUEJAS

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información en esta sección cubre sus derechos sobre todos sus beneficios de Medicare y la mayoría de sus beneficios de Medicaid. En la mayoría de los casos, utilizará un único proceso para sus beneficios de Medicare y/o Medicaid. Esto a veces se denomina "proceso integrado" debido a que integra los procesos de Medicare y Medicaid.

Sin embargo, para algunos de sus beneficios de Medicaid, también puede tener derecho a un proceso adicional de apelación externa. Consulte la página 25 para obtener más información sobre el proceso de apelación externa.

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

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

El proceso de solicitar aprobación para un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicio (también conocida como solicitud de decisión de cobertura)**. Para obtener una solicitud de autorización de servicio, usted debe comunicarse con su administrador de atención para compartirle su solicitud. Usted o su proveedor pueden llamar a Servicios para miembros a nuestro número gratuito: 1-800-362-2266, TTY: 711; o enviar su solicitud por escrito a ElderServe MAP, 80 West 225th St., Bronx, NY 10463.

Autorizaremos los servicios por un monto determinado y durante un periodo de tiempo específico. Esto se denomina **período de autorización**.

Autorización previa

Algunos servicios cubiertos requieren una **autorización previa** (aprobación por adelantado) de ElderServe MAP antes de que usted los reciba. Usted o alguien de su confianza pueden solicitarla. Los siguientes tratamientos y servicios deben ser aprobados **antes** de que los reciba:

- Atención médica diurna para adultos
- Servicios de salud conductual (salud mental y adicciones)
- Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor
- Servicios dentales*
- Equipo médico duradero
- Servicios de audición*
- Comidas entregadas a domicilio y en instituciones
- Servicios de salud en el hogar
- Suministros médicos y quirúrgicos, fórmula de nutrición parenteral y enteral, suplementos nutricionales y pilas para audífonos
- Servicios médicos sociales
- Salud mental para pacientes hospitalizados con un límite de 190 días de por vida
- Servicios de centros de atención médica residencial
- Servicios de nutrición
- Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios, incluidas terapias física, ocupacional, del habla y respiratoria
- Servicios de atención personal
- Sistema de respuesta ante emergencias personales
- Servicios de atención de enfermería privada
- Prótesis y órtesis
- Apoyos sociales y del entorno
- Atención social diurna
- Servicios para la vista*

** no se requiere autorización previa para los exámenes dentales, de la vista y de la audición anuales.*

Su administrador de atención en coordinación con varios departamentos del plan se encargan de las solicitudes de autorización previa para artículos específicos, como suministros y equipos médicos duraderos, terapias de rehabilitación, etc. Para solicitar una autorización previa, usted o su médico deben llamar a ElderServe MAP al 1-800-362-2266; los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Revisión concurrente

También puede pedirle a su administrador de atención del departamento de administración de la atención de ElderServe MAP que le consiga un servicio más completo del que recibe actualmente. Esto se denomina **revisión concurrente**.

Revisión retrospectiva

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

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

El plan de salud tiene un equipo de revisión para asegurarse de que reciba los servicios para los que reúne los requisitos. El equipo de revisión está integrado por médicos y enfermeros. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que solicitó sea médicamente necesario y adecuado para usted. Para ello, revisan su plan de tratamiento teniendo en cuenta los estándares médicos aceptables.

Es posible que decidamos rechazar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto inferior al solicitado. Un profesional de la salud calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio que usted solicitó no es médicamente necesario, un revisor clínico tomará la decisión. Un revisor clínico puede ser un médico, un enfermero o un profesional de la salud que normalmente brinda la atención que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica**, que se utilizaron para tomar la decisión sobre la necesidad médica.

Una vez que recibamos su solicitud, la revisaremos siguiendo un proceso **estándar** o **acelerado**. Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión acelerada si creen que una demora causará daños graves a su salud. Si rechazamos su solicitud de revisión acelerada, se lo informaremos y procesaremos su solicitud según el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como lo requiera su afección médica, y no nos tomaremos más tiempo que el indicado a continuación. A continuación encontrará más información sobre el proceso acelerado.

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

Proceso estándar

Generalmente, utilizamos el **plazo estándar** para comunicarle nuestra decisión sobre su solicitud de un artículo, tratamiento o servicio médico, a menos que hayamos acordado utilizar los plazos acelerados.

- La **revisión estándar** de una solicitud de autorización previa supone que le daremos una respuesta en un plazo de tres (3) días hábiles a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos, pero no más de **siete (7) días calendario** después de recibir su solicitud. Si su caso se trata de una **revisión concurrente** en la que usted solicita un cambio en un servicio que ya está recibiendo, tomaremos una decisión en un plazo de 1 día hábil a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos, pero no más de siete (7) días calendario después de recibir su solicitud.
- **Podemos tardar hasta catorce (14) días calendario más** si nos pide más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarle. Si decidimos tomarnos unos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora le beneficia. Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria y, en todo caso, a los catorce (14) días, a más tardar, del día en que solicitamos más información.
- Si considera que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una **queja rápida**. Cuando presenta una **queja rápida**, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de autorizaciones de servicios y apelaciones. Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la Sección 4: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan).

Si no le damos nuestra respuesta dentro de los siete (7) días calendario (o al final de los días adicionales, en caso de que los hayamos tomado), puede presentar una apelación.

- Si **aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, autorizaremos el servicio o tratamiento, o le daremos el artículo que solicitó.
- Si **rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos un Aviso de decisión de apelación que explica por qué decidimos rechazar la solicitud. Puede encontrar más información sobre cómo apelar esta decisión en la Sección 2: Apelaciones de Nivel 1.

Proceso acelerado

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una **decisión de cobertura rápida**.

- La **revisión rápida** de una solicitud de autorización previa supone que le daremos una respuesta en un plazo de 1 día hábil a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos, pero no más de 72 horas después de que realizó la solicitud.
- Podemos tardar **hasta catorce (14) días calendario más** si descubrimos que falta información que pueda beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo para brindarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos unos días adicionales, le informaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora le beneficia.
- Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria y, en todo caso, a los catorce (14) días, a más tardar, del día en que solicitamos más información.

- Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, **puede presentar una queja rápida**. Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la Sección 4: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan, que se encuentra a continuación. Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o si hay un plazo extendido, al finalizar ese plazo), puede apelar. Consulte la Sección 2: Apelaciones de Nivel 1, que se encuentra a continuación, para saber cómo presentar una apelación. Para obtener una **autorización de servicio rápida**, debe cumplir dos requisitos:
 1. Solicita cobertura para atención médica que aún no ha recibido. (No puede obtener una **autorización de servicio rápida** si su solicitud se refiere al pago de una atención médica que ya recibió).
 2. El hecho de usar los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.

Si su proveedor nos informa que su salud requiere una autorización de servicio rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una.

Si solicita una autorización de servicio rápida por su cuenta, sin el apoyo de su proveedor, decidiremos si su salud requiere que le otorguemos una **autorización de servicio rápida**.

Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos de una **autorización de servicio rápida**, le enviaremos una carta donde le informaremos esto (y usaremos, en cambio, los plazos estándares).

- En esta carta le informaremos que si su proveedor solicita la **autorización de servicio rápida**, se la otorgaremos automáticamente.
- En la carta también le informaremos cómo presentar una **queja rápida** sobre nuestra decisión de otorgarle una autorización de servicio estándar en lugar de la autorización de servicio rápida que solicitó.

(Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 4 de este capítulo: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan).

Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si extendiéramos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de autorización de servicio sobre su solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta al finalizar ese plazo.

Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una explicación detallada por escrito de por qué lo rechazamos. Si no está satisfecho con nuestra respuesta, tiene derecho a presentar una apelación ante nosotros. Consulte la Sección 2: Apelaciones de Nivel 1, a continuación, para obtener más información.

Si no recibe noticias nuestras dentro de estos plazos, significa que rechazamos su solicitud de autorización de servicio. Si esto sucede, tiene derecho a presentar una apelación ante nosotros. Consulte la Sección 2: Apelaciones de Nivel 1, a continuación, para obtener más información.

Si cambiamos un servicio que ya está recibiendo

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o interrumpir un servicio que ya hemos aprobado y que usted está recibiendo en la actualidad, debemos informarle al menos 15 días antes de cambiar el servicio.
- Si revisamos cualquier atención que ha recibido en el pasado, tomaremos una decisión sobre su pago dentro de los 30 días de haber recibido la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si rechazamos el pago de un servicio, les enviaremos una notificación a usted y a su proveedor el día en que rechazamos el pago. **Usted no tiene que pagar por la atención cubierta por el plan o por Medicaid que haya recibido, aunque posteriormente rechazamos el pago al proveedor.**

También puede tener **derechos especiales de Medicare si finalizan los servicios de cobertura de atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)**. Para obtener más información sobre estos derechos, consulte el Capítulo 9 de la Evidencia de cobertura de ElderServe MAP.

Qué hacer si quiere apelar una decisión sobre su atención

Si rechazamos su solicitud de cobertura de un artículo o servicio médico, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación y pedirnos que reconsideremos la decisión. Presentar una apelación significa volver a intentar obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que su apelación se remitirá al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).
- ElderServe MAP también puede explicarle los procesos de quejas y apelaciones que tiene a su disposición según su queja. Puede llamar al Departamento de calidad al 1-800-362-2266 para obtener más información sobre sus derechos y las opciones que tiene a su disposición.

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

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

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

Hay algunos tratamientos y servicios que requieren autorización antes de poder recibirlos o para seguir recibéndolos. Esto se denomina autorización previa. Solicitar aprobación para un tratamiento o servicio se llama solicitud de autorización de servicio. Describimos este proceso anteriormente en la Sección 1 de este capítulo. Si decidimos rechazar una solicitud de autorización de servicio o la aprobamos por un menor inferior al que solicitó, recibirá un aviso llamado Aviso de determinación de cobertura integrada.

Puede presentar una apelación de Nivel 1 en el siguiente caso:

Si no está satisfecho con una decisión que toma ElderServe MAP, puede presentar una apelación. Esto se denomina apelación de Nivel 1. En el Capítulo 9 de la EOC de Medicare Advantage D-SNP, se indica cómo presentar una apelación de Nivel 1 sobre cualquier decisión que tome ElderServe MAP.

Ayuda para continuar mientras apela una decisión sobre su atención

Si ElderServe MAP reduce, suspende o interrumpe un servicio que usted está recibiendo en este momento, es posible que pueda continuar recibiendo el servicio mientras espera una determinación sobre la apelación de Nivel 1.

Debe solicitar una apelación de Nivel 1:

- **En un plazo de diez (10) días después de que se le informe que su atención cambiará, o**
- **En la fecha en que esté previsto que se produzca el cambio en el servicio, la que sea posterior.**

Si su apelación de Nivel 1 es nuevamente rechazada, no tendrá que pagar el costo de los beneficios continuos que reciba.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 1, puede apelar nuevamente. Esto se denomina apelación de Nivel 2. En el Capítulo 9 de la EOC de Medicare Advantage D-SNP, se indica cómo presentar una apelación de Nivel 2 sobre cualquier decisión que tome ElderServe MAP.

Ayuda para continuar mientras espera la decisión de una audiencia imparcial

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

Debe solicitar una audiencia imparcial:

- **En un plazo de diez (10) días a partir de la fecha de la carta de decisión de la apelación, o**
- **En la fecha en que esté previsto que se produzca el cambio en los servicios, la que sea posterior.**

Si la audiencia imparcial resulta en otro rechazo, es posible que deba pagar el costo de los beneficios continuos que recibió.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2 para un servicio cubierto por Medicare, es posible que tenga otras opciones de derechos de apelación. Para obtener más información sobre las opciones adicionales de derechos de apelación, consulte el Capítulo 9 de su EOC de Medicare Advantage D-SNP o llame a Servicios para miembros.

Sección 3: Apelaciones externas solo de Medicaid

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

Puede solicitarle al estado de New York (el Estado) una **apelación externa** independiente si nuestro plan decide rechazar la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron porque no es médicamente necesario, o

- es experimental o de investigación, o
- no difiere de la atención que puede recibir en la red del plan, o
- es proporcionado por un proveedor participante que tiene la capacitación y experiencia correctas para satisfacer sus necesidades.

Esto se denomina apelación externa porque la decisión la toman revisores que no trabajan para el plan ni para el Estado. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el Estado.

El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental.

No debe pagar por las apelaciones externas.

Antes de apelar al Estado, debe tomar una de las siguientes medidas:

- Debe presentar una apelación de Nivel 1 con el plan y recibir el Aviso de decisión sobre apelación del plan; **o bien**

- Puede solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo si no ha recibido el servicio y solicita una apelación rápida. (Su médico tendrá que indicar que se necesita una apelación acelerada); **o bien**
- Usted y el plan pueden estar de acuerdo en omitir el proceso de apelaciones del plan e ir directamente a una apelación externa; **o bien**
- Puede demostrar que el plan no ha seguido las normas correctamente al procesar su apelación de Nivel 1.

Tiene **cuatro (4) meses** después de haber recibido el **Aviso de decisión sobre apelación** del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acordaron omitir el proceso de apelaciones del plan, debe solicitar la apelación externa en un plazo de cuatro (4) meses a partir del momento en que realizó ese acuerdo.

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

- Puede llamar a Servicios para miembros al 1-800-362-2266, TTY 711 si necesita ayuda para completar una apelación.
- Usted y sus médicos deberán brindar información sobre su problema médico.
- La solicitud de apelación externa indica qué información se necesitará.

A continuación, se indican algunas formas de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882.
- Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros en www.dfs.ny.gov.
- Comuníquese con el plan de salud al 1-800-362-2266, TTY 711.

El revisor tomará una decisión sobre su apelación externa en 30 días. Si el revisor de la apelación externa solicita más información, es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles). El revisor les comunicará a usted y al plan la decisión final en un plazo de dos días después de tomar la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico indica que una demora causará un grave daño en su salud. Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El revisor de la apelación externa tomará una decisión sobre una apelación acelerada en 72 horas o menos. El revisor les informará a usted y al plan la decisión de inmediato por teléfono o fax. Posteriormente, el revisor le enviará una carta comunicándole la decisión.

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

Sección 4: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan

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

Esperamos que nuestro plan le sea de utilidad. Si tiene un problema con la atención o el tratamiento que recibe de nuestro personal o proveedores, o si no le gusta la calidad de la atención o los servicios que le brindamos, llame a Servicios para miembros al 1-800-362-2266, TTY 711, o escriba a Servicios para miembros. El nombre formal para presentar una queja es presentar un reclamo.

Puede pedirle a alguien de su confianza que presente la queja por usted. Si necesita nuestra ayuda debido a una discapacidad auditiva o visual, o si necesita servicios de traducción, podemos ayudarlo. No le dificultaremos las cosas ni tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

Cómo presentar una queja:

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para miembros se lo indicará. Llame al 1-800-362-2266, TTY 711 los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), **puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- ElderServe MAP acepta reclamos de forma oral o escrita. Puede presentar un reclamo en cualquier momento. Si presenta un reclamo por escrito, le responderemos por escrito. Analizaremos sus preocupaciones y obtendremos toda la información adicional que sea necesaria para revisar su reclamo de forma completa. Nuestro plan responderá a su reclamo tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción del reclamo. En algunas circunstancias, es posible que le convenga presentar una queja rápida.

ElderServe MAP (HMO D-SNP)
Appeals and Grievances Department
80 West 225th Street
Bronx, NY 10463
Fax: 1-888-341-5009

- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para miembros de forma inmediata.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema por el que desea presentar la queja.

¿Qué sucede después?

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que le respondamos rápidamente, lo haremos.
- **Respondemos** las quejas en un plazo de treinta (30) días calendario.
- Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de autorización de servicio rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida. Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.
- Si necesitamos más información y la demora le beneficia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta catorce (14) días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomarnos unos días adicionales, le informaremos por escrito.
- Sin embargo, si ya nos ha pedido una autorización de servicio o ha presentado una apelación, y considera que no respondemos con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja por nuestra demora. A continuación se muestran ejemplos de cuándo puede presentar una queja:
 - Si nos pidió que le otorguemos una autorización de servicio rápida o una apelación rápida y se lo negamos.
 - Si considera que no estamos cumpliendo los plazos para darle una autorización de servicio o una respuesta a una apelación que haya presentado.
 - Cuando se revisa una autorización de servicio que hemos concedido y se nos indica que debemos cubrir o reembolsarle determinados servicios médicos o medicamentos en determinados plazos y usted cree que no los estamos cumpliendo.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja o no asumimos responsabilidad por el problema objeto de su queja, le informaremos. Nuestra respuesta incluirá los motivos de nuestra respuesta. Debemos responder independientemente de si estamos de acuerdo con la queja o no.

Apelaciones de quejas

Si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre su queja relativa a sus beneficios de Medicaid, usted o alguien de su confianza pueden presentar una apelación de queja ante el plan.

Cómo presentar una apelación de queja:

- Si no está satisfecho con nuestra decisión, tiene sesenta (60) días hábiles a partir del momento en que tiene noticias nuestras para presentar una apelación de queja.
- Puede hacerlo usted mismo o pedirle a alguien de confianza que lo haga por usted.
- Debe presentar la apelación de queja por escrito.
 - Si presenta una apelación por teléfono, deberá hacer un seguimiento por escrito.
 - Después de su llamada, le enviaremos un formulario que resume su apelación telefónica.
 - Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y devolvernos el formulario. Puede realizar los cambios necesarios antes de enviarnos el formulario.

Qué sucede después de que recibimos su apelación de queja:

Una vez que recibamos su apelación de queja, le enviaremos una carta en un plazo de (15) días hábiles. En la carta se indicará lo siguiente:

- Quién está trabajando en su apelación de queja.
- Cómo contactarse con esta persona.
- Si necesitamos más información.

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

Si su apelación de queja está relacionada con asuntos clínicos, uno o más profesionales de la salud calificados revisarán su caso. Al menos uno de ellos será un revisor clínico que no participó en la toma de la primera decisión sobre su queja.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de treinta (30) días hábiles desde el momento en que tengamos toda la información necesaria. Si una demora supondría un riesgo para su salud, recibirá nuestra decisión en dos (2) días hábiles después de que tengamos toda la información. Le explicaremos los motivos de nuestra decisión y nuestra justificación clínica, si corresponde.

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

Programa de defensores del participante

El Programa de defensores del participante, conocido como la Red de defensoría del consumidor independiente (ICAN), es una organización independiente que brinda servicios gratuitos de defensoría a quienes reciben atención médica a largo plazo en el estado de New York. Puede llamar a la ICAN para obtener asesoramiento gratuito e independiente sobre sus opciones de cobertura, quejas y apelaciones. Pueden ayudarle a gestionar el proceso de apelación.

La ICAN también puede brindarle apoyo antes de que se inscriba en un plan de MLTC como ElderServe MAP. Este apoyo incluye asesoramiento imparcial sobre opciones de planes de salud e información general relacionada con el plan.

Comuníquese con la ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Red de defensoría del consumidor independiente (ICAN)
633 Third Ave, 10th Floor, New York, New York 10017
Sitio web: www.icannys.org |
Correo electrónico: ican@cssny.org
Teléfono: 1-844-614-8800 (Servicio de retransmisión TTY: 711)
De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.

En el sitio web de ICAN puede chatear con un consejero en línea o enviar una solicitud para que le devuelvan la llamada.

Sección VI: CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA ELDERSERVE MAP

No se cancelará la inscripción de los inscritos en el producto Medicaid Advantage Plus por ninguno de los siguientes motivos:

- Alta utilización de los servicios médicos cubiertos, una afección existente o un cambio en la salud del inscrito; o
- Disminución de la capacidad mental o comportamiento no cooperativo o perturbador como resultado de sus necesidades especiales, a menos que el comportamiento resulte en que el inscrito deje de ser elegible para Medicaid Advantage Plus.

Puede optar por cancelar su inscripción voluntariamente

Puede solicitar abandonar el programa ElderServe MAP en cualquier momento y por cualquier motivo.

Para solicitar la cancelación de la inscripción, llame al 1-800-362-2266, TTY 711. El proceso podría tardar hasta seis (6) semanas, según el momento en que se reciba su solicitud. Puede cancelar su inscripción en Medicaid regular o inscribirse en otro plan de salud si califica. Si continúa necesitando servicios de salud y servicios y apoyos a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS), como atención personal, debe inscribirse en otro MLTCu otro programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, para poder seguir recibiendo CBLTSS.

Tendrá que abandonar el programa ElderServe MAP en los siguientes casos:

- Ya no está inscrito en ElderServe MAP para su cobertura de Medicare.
- Ya no es elegible para Medicaid.
- Necesita atención en un hogar de atención especializada, pero no es elegible para Medicaid institucional.
- Se ausenta del área de servicio del plan durante más de treinta (30) días consecutivos.
- Se muda permanentemente fuera del área de servicio de ElderServe MAP.
- Ya no es un inscrito con el estatus de Plan Legacy en MLTC ni es elegible para recibir el nivel de atención en un hogar de atención especializada según lo determinado mediante la evaluación de salud comunitaria (CHA), a menos que se pueda esperar razonablemente que la terminación de los servicios proporcionados por el plan resulte en que usted sea elegible para recibir el nivel de atención de un hogar de atención especializada dentro de los seis meses siguientes.
- En cualquier momento durante su estancia en la comunidad se lleva a cabo una reevaluación y se determina que ya no cumple los requisitos mínimos en cuanto a las ADL.
- No ha recibido uno de los servicios de CBLTSS, como atención médica diurna para adultos, atención de enfermería privada, asistencia médica en el hogar, CDPAS o servicios en el hogar, incluidos servicios de atención personal (Nivel 2), servicios de enfermería o terapias. Tenga en cuenta que los servicios de atención social diurna para adultos por sí solos no lo califican para la inscripción continua.
- Se une a un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, o se convierte en residente de un programa residencial de la Oficina para personas con discapacidades del desarrollo.
- Se convierte en residente de un programa residencial de la Oficina de salud mental (OMH) o de la Oficina de servicios y apoyos contra la adicción (OASAS) (que no es un beneficio cubierto por el plan MAP) durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más.
- Se negó a completar una reevaluación requerida.

Es posible que le pidamos que abandone el programa ElderServe MAP en los siguientes casos:

- Usted, un familiar, un cuidador informal u otra persona del hogar, se involucran en conductas o comportamientos que afecten seriamente la capacidad del plan para proporcionar servicios.
- Proporciona información fraudulenta de forma consciente en un formulario de inscripción, o permite el abuso de una tarjeta de inscripción del programa MAP.
- Omite completar y enviar de forma deliberada un consentimiento o autorización necesarios; o

- No paga ni hace arreglos para pagar el monto de dinero, según lo determine el Distrito local de servicios sociales (LDSS), adeudado al plan como desembolso o excedente dentro de los treinta (30) días posteriores al vencimiento del monto por primera vez. De nuestra parte, habremos hecho un esfuerzo razonable para obtener el pago.

Antes de que se cancele su inscripción involuntariamente, ElderServe MAP obtendrá la aprobación de New York Medicaid Choice (NYMC) o una entidad designada por el Estado para notificarle sobre la intención de cancelar su inscripción. La fecha de entrada en vigencia de la cancelación de su inscripción será el primer día del mes posterior al mes en que se procesó la cancelación. Si sigue necesitando CBLTSS, se le pedirá que elija otro plan o se le asignará automáticamente a otro plan que le ofrezca la cobertura de los servicios necesarios. Al volver a inscribirse en el programa MAP, es posible que el NYIAP deba evaluarlo nuevamente.

Sección VII: COMPETENCIA CULTURAL Y LINGÜÍSTICA

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

Sección VIII: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

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

Derechos de los miembros

- Tiene derecho a recibir atención médicamente necesaria.
- Tiene derecho a acceder a tiempo a la atención y los servicios. Tiene derecho a que se mantenga la privacidad de sus registros médicos y del tratamiento que recibe.
- Tiene derecho a obtener información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, y a que dicha información se presente de una manera y en un idioma que entienda.
- Tiene derecho a obtener información en un idioma que entienda; podrá recibir servicios de interpretación sin cargo.
- Tiene derecho a obtener la información necesaria para poder dar un consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.
- Tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad.

- Tiene derecho a obtener una copia de sus registros médicos y pedir su modificación o corrección.
- Tiene derecho a participar en la toma de decisiones sobre su atención, incluso a rechazar un tratamiento.
- Tiene derecho a estar libre de cualquier forma de limitación o aislamiento que pueda utilizarse como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tiene derecho a recibir atención sin consideración de sexo, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión.
- Tiene derecho a recibir información sobre dónde, cuándo y cómo recibir los servicios que necesita de su plan de atención administrada a largo plazo, incluido cómo obtener los beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red en caso de que no estén disponibles en la red del plan.
- Tiene derecho a presentar una queja al Departamento de Salud del Estado de New York o el Departamento de Servicios Sociales local; y el derecho a solicitar una audiencia imparcial a través de la Oficina de Audiencias Administrativas y/o una apelación externa del estado de New York, cuando corresponda.
- Tiene derecho a designar a una persona para que hable en su nombre sobre su atención y tratamiento.
- Tiene derecho a pedir ayuda al programa de defensores del participante.

Responsabilidades de los miembros

- Debe recibir los servicios cubiertos a través de ElderServe MAP.
- Debe utilizar proveedores de la red de ElderServe MAP para estos servicios cubiertos; en la medida en que haya proveedores de la red disponibles.
- Debe obtener autorización previa para los servicios cubiertos, excepto para los servicios cubiertos previamente aprobados o en caso de emergencia.
- Debe consultar a su médico si ocurre un cambio en su estado de salud.
- Debe compartir información de salud completa y precisa con sus proveedores de atención médica.
- Debe informar al personal de ElderServe MAP sobre cualquier cambio en su salud, e indicar si no entiende o no puede seguir las instrucciones.
- Debe seguir el plan de atención recomendado por el personal de ElderServe MAP (con su aporte).
- Debe cooperar y ser respetuoso con el personal de ElderServe MAP, y no discriminarlo por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, género, edad, capacidad mental o física, orientación sexual o estado civil.
- Debe notificar a ElderServe MAP dentro de los dos días hábiles siguientes a la recepción de servicios no cubiertos o no preaprobados.
- Debe notificar a su equipo de atención médica de ElderServe MAP con anticipación siempre que no esté en su hogar para recibir los servicios o la atención que se haya organizado para usted.

- Debe informar a ElderServe MAP antes de mudarse permanentemente fuera del área de servicio o de cualquier ausencia prolongada del área de servicio.
- Debe responsabilizarse de las consecuencias de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de su cuidador.
- Debe cumplir con sus obligaciones financieras.

Instrucciones anticipadas

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

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

Información disponible a pedido

- Información sobre la estructura y el funcionamiento de ElderServe MAP.
- Criterios de revisión clínica específicos relacionados con una afección médica en particular y otra información que ElderServe MAP considera al autorizar servicios.
- Políticas y procedimientos sobre información médica protegida.
- Descripción escrita de nuestros acuerdos de organización y de los procedimientos en curso del programa de garantía de calidad y mejora del desempeño.
- Políticas de acreditación de proveedores.
- Copia reciente del estado financiero certificado de ElderServe MAP; políticas y procedimientos utilizados por ElderServe MAP para determinar la elegibilidad de un proveedor.
- También podemos brindarle este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame al 1-800-362-2266 (TTY/TDD: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- Este documento está disponible en español, ruso y chino de manera gratuita.
- Cuando se inscriba, le preguntaremos cuál es su idioma y/o formato preferido para los materiales y dejaremos constancia en nuestro archivo. Puede hacer una solicitud permanente de futuros envíos por correo y cambiar sus preferencias en cualquier momento llamando a Servicio para miembros al 1-800-362-2266 (TTY/TDD: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Opción de aviso electrónico

ElderServe MAP y nuestros proveedores pueden enviarle avisos sobre autorizaciones de servicio, apelaciones al plan, quejas y apelaciones de quejas de manera electrónica, en lugar de hacerlo por teléfono o correo. También podemos enviarle comunicaciones sobre su manual para miembros, nuestro directorio de proveedores y cambios en los beneficios de atención administrada de Medicaid de forma electrónica, en lugar de hacerlo por correo.

Podemos enviarle estos avisos por correo electrónico.

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

Phone..... 1-800-362-2266; los usuarios de TTY deben llamar al 711
Correo electrónico..... RecordsRequest@elderservehealth.org
Correo postal..... 80 West 225th Street, Bronx, NY 10463

Cuando se comunique con nosotros, deberá:

- Indicarnos cómo quiere recibir los avisos que normalmente se envían por correo.
- Indicarnos cómo quiere recibir los avisos que normalmente se hacen por teléfono, y
- Facilitarnos sus datos de contacto (número de teléfono móvil, dirección de correo electrónico, número de fax, etc.).

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

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 800-362-2266 TTY:711.	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 800-362-2266 TTY:711.	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 800-362-2266 TTY:711。	Chinese
ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم 800-362-2266 TTY:711.	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-362-2266 TTY:711 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 800-362-2266 TTY:711.	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 800-362-2266 TTY:711.	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 800-362-2266 TTY:711.	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 800-362-2266 TTY:711.	French Creole
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. רופט 800-362-2266 TTY:711	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 800-362-2266 TTY:711.	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 800-362-2266 TTY:711.	Tagalog
মন োন োগ োমুনযে ভাষা সহায়তো পরিনষবো এবং অ ে ো ে সোহো ে আপ ো ে জ ে উপযদ্ধ। 800-362-2266 TTY:711-এ ফ ো কর।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 800-362-2266 TTY:711.	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 800-362-2266 TTY:711.	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں 800-362-2266 TTY:711.	Urdu