



**CENTERS PLAN
FOR HEALTHY
LIVING**



Cuidados administrados a largo plazo

Manual del miembro

Áreas de servicio:

Bronx, Erie, Kings, Nassau, New York, Niagara, Queens,
Richmond, Rockland, Suffolk y Westchester

Manual del miembro

**CENTERS PLAN FOR HEALTHY LIVING
PLAN DE CUIDADOS ADMINISTRADOS A LARGO PLAZO
(MANAGED LONG TERM CARE, MLTC)**

Servicios al Miembro

Si tiene preguntas o necesita ayuda, escribanos a:

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

O llámenos entre las 8 a.m. y las 8 p.m., los 7 días de la semana al 1-855-270-1600 (número gratuito). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al: 1-800-421-1220.

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

**1-855-270-1600 (número gratuito)
TTY/TDD: 1-800-421-1220**

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

Si usted no habla inglés, podemos ofrecerle un manual del miembro escrito en otros idiomas. También utilizamos un servicio que puede brindar traducción en varios idiomas. Llámenos al número gratuito 1-855-270-1600 para recibir información adicional.

Si no habla inglés, podemos suministrarle una versión impresa del manual de miembro en otros idiomas. También utilizamos un servicio que puede suministrar servicios de traducción en diferentes idiomas. Llámenos sin costo al número 1-855-270-1600 para obtener información adicional.

如果您不使用英語，我們將為您提供您所需語言的會員手冊。我們的服務同樣提供多語言翻譯服務。請致電免費電話 1-855-270-1600 連絡我們以獲得更多資訊。

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

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

Sobre este manual del miembro

Usted recibe el manual del miembro durante nuestra evaluación para ayudarlo a aprender sobre el programa. Está diseñado para ayudarlo a entender el plan de cuidados administrados a largo plazo (Managed Long-Term Care, MLTC) de Centers Plan for Healthy Living (CPHL). Léalo con atención y consúltelo cuando necesite información sobre el funcionamiento del plan, incluyendo:

- Cuáles servicios cubre CPHL y cómo recibirlos
- Qué hacer en una emergencia
- Qué hacer si no se siente satisfecho con servicios o decisiones sobre sus beneficios de cuidado médico

Si decide inscribirse en CPHL, este manual se convierte en su guía para los servicios. Este manual, junto con el acuerdo o declaración de inscripción, es su contrato con CPHL. Usted recibirá el manual del miembro y el directorio de proveedores participantes antes de inscribirse y siempre que se hagan cambios importantes. Adicionalmente, usted puede encontrar una versión electrónica de estos documentos en nuestro sitio web en www.centersplan.com o puede solicitarlos en cualquier momento llamando al 1-855-270-1600.

Índice

SECCIÓN	PÁGINA
1. Bienvenido a Centers Plan for Healthy Living	1
2. Características especiales de Centers Plan for Healthy Living	2
3. Ventajas de inscribirse en Centers Plan for Healthy Living	7
4. Beneficios y cobertura/coordinación de otros servicios médicos	8
5. Planificación de cuidados	23
6. Servicios de emergencia	30
7. Cuidados recibidos fuera del área de servicio de Centers Plan for Healthy Living	31
8. Cuidados de transición y especializados	32
9. Elegibilidad	34
10. Inscripción y fechas de entrada en vigencia de la cobertura	36
11. Desafiliación y finalización de beneficios	41
12. Cláusulas sobre reinscripción	44
13. Excedente o gasto reducido mensual	45
14. Resolución de problemas y quejas de los miembros	46
15. Sus derechos y responsabilidades como miembro de CPHL	61
16. Protección de la confidencialidad de los miembros.	67
17. Programa de mejora y aseguramiento de la calidad	69

1. Bienvenido a Centers Plan for Healthy Living

Centers Plan for Healthy Living (CPHL) se complace en presentarle nuestro nuevo plan de cuidados administrados a largo plazo (Managed Long Term Care Plan, MLTC) de CPHL. Le damos la bienvenida como miembro y lo invitamos a revisar este manual con atención. No dude en hacer preguntas sobre cualquiera de las secciones. Si necesita ayuda para entender la información contenida en este manual, comuníquese con Servicios al Miembro de CPHL los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. al 1-855-270-1600. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-800-421-1220.

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

CPHL lo ayudará a seguir siendo tan independiente como sea posible. CPHL ofrece y coordina servicios diseñados para que pueda continuar viviendo en su propio hogar por tanto tiempo como sea posible (esto puede incluir la coordinación de sus servicios Medicare, si aplica). CPHL logra esto ofreciéndole un paquete integral de beneficios de atención a largo plazo de servicios cubiertos y coordinando los servicios Medicaid que usted necesite, pero que CPHL no cubre. Su equipo de administración de cuidados trabajará con usted y su familia para coordinar y ofrecerle el cuidado que necesite.

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

1-855-270-1600 (número gratuito)

TTY/TDD: 1-800-421-1220

2. Características especiales de Centers Plan for Healthy Living

CPHL es un plan de cuidados administrados a largo plazo (Managed Long Term Care, MLTC) que ayuda a las personas de 21 años de edad o mayores que necesiten cuidados a largo plazo. Para ello, coordina y brinda servicios de atención médica para vivir de forma segura en el hogar por tanto tiempo como sea posible. Si usted es elegible y decide inscribirse en CPHL, estará participando en un plan de MLTC del estado de New York. Los cuidados administrados a largo plazo ofrecen los servicios médicos y de atención a largo plazo que usted necesita. Si se decide por CPHL, usted acepta recibir servicios cubiertos (ver Sección 4) solo de CPHL y de sus proveedores de red, como se describe en su plan de cuidados. Los siguientes elementos son fundamentales para el programa MLTC de CPHL.

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

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

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

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

Su equipo de administración de cuidados coordinará los servicios que reciba y se comunicará con su médico según sea necesario. Su equipo de administración de cuidados también se comunica con proveedores para temas relacionados con los servicios que CPHL cubre e incluso los servicios que CPHL no cubre.

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

Al ayudarlo a administrar todos los aspectos de su cuidado, su equipo de administración de cuidados puede identificar

problemas de forma temprana, prevenir el empeoramiento de problemas y ayudarlo a evitar viajes al hospital o a la sala de emergencias.

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

También puede ir al podólogo, al odontólogo, al audiólogo y al optometrista para evaluaciones y servicios de rutina sin ninguna autorización previa de CPHL. Para servicios odontológicos, llame a DentaQuest al 1-844-824-2023. Para optometría, llame a VSP al 1-800-877-7195.

C. Dónde recibirá servicios: La mayoría de sus servicios de atención médica cubiertos se ofrecen en su hogar. Hay otros servicios disponibles en la comunidad a través de nuestros centros diurnos para adultos y otros proveedores contratados. También puede acceder a servicios en un consultorio médico para servicios odontológicos, audiológicos y de optometría. Si es necesario, puede recibir servicios hospitalarios en un hogar de ancianos de uno de nuestros proveedores de la red contratada.

D. Médicos de atención primaria y otros proveedores de servicios no cubiertos por CPHL: Puede elegir a su propio médico y cambiarlo en cualquier momento. Medicare o Medicaid sigue cubriendo a su médico sobre la base del pago por honorarios por servicios.

Su médico debe aceptar escribir órdenes para los servicios cubiertos que le permiten recibir cuidados de la red de

proveedores de CPHL y participar en el desarrollo de su plan de cuidados. Si no cuenta con un médico, su equipo de administración de cuidados puede ayudarlo a encontrar uno.

Si necesita ayuda para encontrar o cambiar a su médico, comuníquese con un miembro de su equipo de administración de cuidados por el número de teléfono que aparece en este manual del miembro y en su tarjeta de identificación de miembro.

Su equipo de administración de cuidados lo ayudará a identificar proveedores de servicios no cubiertos en caso de que no tenga ya alguno. Revise el final de la Sección 4 para ver una lista de los servicios no cubiertos por CPHL que son cubiertos por Medicare o Medicaid sobre la base del pago por honorarios por servicios.

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

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

por este monto. Vea la Section 13, gasto reducido mensual.

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

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

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

3. Ventajas de inscribirse en Centers Plan for Healthy Living

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

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

4. Beneficios y cobertura/coordinación de otros servicios médicos¹

Los siguientes beneficios se cubren por completo cuando se especifican en su plan de servicio. **Servicios cubiertos por CPHL:**

Servicios cubiertos	Definición
<ul style="list-style-type: none">• Administración de cuidados	<ul style="list-style-type: none">• La administración de cuidados es un proceso que garantiza la vigilancia, coordinación y apoyo consistentes a los miembros y a sus familias en el acceso a los servicios cubiertos por el plan MLTC, así como a los servicios no cubiertos.
<ul style="list-style-type: none">• Atención en una residencia geriátrica	<ul style="list-style-type: none">• Los cuidados a corto o a largo plazo que se ofrecen en una instalación residencial autorizada del estado de New York o en una residencia geriátrica especializada del estado de New York. Se ofrecen cuidados a los miembros a través de las instalaciones de la red CPHL.

Servicios cubiertos	Definición
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia respiratoria 	<ul style="list-style-type: none"> • La provisión de técnicas y procedimientos de prevención, mantenimiento y rehabilitación relacionados con las vías respiratorias, incluidos oxígeno y otras terapias de inhalación que un médico haya recetado y que una compañía o terapeuta respiratorio calificado haya brindado.
<ul style="list-style-type: none"> • Podología, incluido el cuidado de rutina para los pies 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de un podólogo que pueden incluir cuidado de rutina para los pies, cuando se llevan a cabo como parte necesaria e integral de la atención médica, como por ejemplo el diagnóstico y tratamiento de diabetes, úlceras e infecciones.

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

Servicios cubiertos	Definición
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico 	<ul style="list-style-type: none"> • Incluye baterías para prótesis auditivas, prótesis, órtesis y calzado ortopédico.
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Artículos para uso médico además de medicamentos, los cuales tratan una condición médica específica como la diabetes. Puede incluir apósitos para heridas y otros suministros terapéuticos recetados.
<ul style="list-style-type: none"> • Suplementos nutricionales enterales y parenterales 	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementos nutricionales líquidos según sean recetados. Limitado a beneficiarios que reciben alimentación por vía sonda nasogástrica, yeyunostomía o sonda gástrica y a beneficiarios con trastornos metabólicos congénitos.
<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales 	<ul style="list-style-type: none"> • Un dispositivo electrónico que les permite a los miembros garantizar la ayuda en caso de una emergencia física, emocional o ambiental. En caso de una emergencia, la señal es recibida y respondida apropiadamente por un centro de respuesta.

Servicios cubiertos	Definición
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyos sociales y ambientales 	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios y artículos incluyen, entre otros, tareas de mantenimiento del hogar, servicios de ama de casa o de cuidado, mejoras al hogar y asistencia de relevo.
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación alimenticia 	<ul style="list-style-type: none"> • Un Dietista Registrado (Registered Dietician, RD) o Técnico Dietista (Diet Technician, DT) hace recomendaciones específicas para servicios al equipo de administración de cuidados y al miembro.
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de salud a domicilio 	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios incluyen: enfermería, ayuda para el cuidado personal, nutrición, trabajo social y rehabilitación como terapia física, terapia ocupacional y patología del habla y lenguaje.

Servicios cubiertos	Definición
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería intermitentes y a tiempo parcial Los servicios de enfermería deben ser ofrecidos por Enfermeras Registradas (Registered Nurse, RN) o por Enfermeras Practicantes Licenciadas (Licensed Practical Nurse, LPN). Los servicios de enfermería incluyen atención provista directamente a la persona e instrucciones dadas a un cuidador sobre los procedimientos necesarios para el tratamiento o mantenimiento del miembro.
<ul style="list-style-type: none"> • Educación para la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros reciben nuestro boletín trimestral llamado “Healthy Living”, el cual contiene información útil sobre el bienestar de nuestros miembros. Consulte el sitio web de CPHL para obtener recursos educativos adicionales.

Servicios cubiertos	Definición
<ul style="list-style-type: none">• Cuidado personal	<ul style="list-style-type: none">• Asistencia con una o más actividades de la vida diaria, como caminar, cocinar, limpiar, bañarse, usar el baño, higiene personal, vestirse, alimentarse, funciones de apoyo nutricional y ambiental.

Servicios cubiertos	Definición
<p>Rehabilitación ambulatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia física • Terapia ocupacional • Terapia del habla 	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación que utiliza ejercicios y equipo específicamente diseñados para ayudar a los pacientes a recuperar o a mejorar sus habilidades físicas. • Rehabilitación que utiliza ejercicios y equipo específicamente diseñados para ayudar a los pacientes a recuperar o a mejorar sus habilidades para llevar a cabo actividades de la vida diaria. • Servicios de rehabilitación para la recuperación del paciente a su nivel funcional en el habla o lenguaje. <p>CPHL eliminó los límites de servicio para fisioterapia (physical Ttherapy, PT), terapia ocupacional (occupational therapy, OT) y terapia del habla (speech therapy, ST). En cambio, CPHL cubrirá las visitas de PT, OT y ST médicamente necesarias que sean ordenadas por un médico u otro profesional autorizado.</p>

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

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

Servicios no cubiertos:

CPHL no cubre los siguientes servicios, pero Medicare o Medicaid los cubre sobre la base del pago por honorarios por servicios:

- Servicios hospitalarios para pacientes internos
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Servicios de laboratorio y radiología
- Medicamentos con y sin receta
- Servicios médicos
- Servicios de psiquiatría y salud mental
- Servicios por abuso de alcohol y de sustancias
- Diálisis renal crónica
- Transporte de emergencia
- Servicios de planificación familiar
- Oficina de Servicios para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD).

Atención en una residencia geriátrica

Puede haber ocasiones en las que su médico, su equipo de administración de cuidados, usted y su familia deciden que el mejor cuidado a corto o largo plazo para usted es el ingreso a una residencia geriátrica. Esto puede ser porque su hogar ya no es el mejor lugar para cuidar de usted de forma segura y cómoda. El equipo de administración de cuidados de CPHL coordinará y asistirá cuidadosamente con este ingreso y usted seguirá siendo un miembro del plan.

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

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

Servicios para veteranos

Nos enorgullece ofrecer atención domiciliaria para veteranos a nuestros miembros que son: Veteranos de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, cónyuges de veteranos de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o padres de soldados caídos en combate o en apoyo a alguna actividad militar. Nuestro equipo de administración de cuidados identificará a los miembros de CPHL elegibles para estos servicios especiales. Si usted es elegible para recibir nuestros servicios especiales para veteranos y quisiera recibir su atención de residencia geriátrica en una residencia para veteranos del estado de New York en nuestra área de servicio, nos esforzaremos para brindar este cuidado a través de una residencia para veteranos dentro de la red. Si, a pesar de los esfuerzos, somos incapaces de hacer arreglos para su cuidado en una residencia para veteranos dentro de la red, le

ofreceremos atención fuera de la red en una residencia para veteranos hasta que usted pueda cambiarse a un plan de cuidados administrados a largo plazo (MLTC) que tenga una residencia para veteranos dentro de la red en el estado. Lo ayudaremos a notificar a New York Medicaid Choice (NYMC) sobre su solicitud de atención en una residencia para veteranos del estado.

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

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

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

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

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

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

Servicios odontológicos

A partir del **31 de Enero de 2024**, Centers Plan for Healthy Living cubrirá coronas y tratamientos de conducto en determinadas circunstancias para que pueda conservar dientes más naturales.

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

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 1-855-270-1600 / TTY 711.

Transporte médico que no es de emergencia

Programación de transporte por razones médicas que no son de emergencia

A partir del 1 de Marzo de 2024, Centers Plan for Healthy Living ya no cubrirá el transporte que no es de emergencia como parte de los beneficios de su plan. Los servicios de transporte por razones médicas que no son de emergencia para miembros inscritos en Centers Plan for Health Living, un Plan de Capitación Parcial ahora serán organizados por el Agente de Transporte Estatal del Departamento de Salud del Estado

de New York, conocido como Servicios de Respuesta Médica (Medical Answering Services, MAS). Esto no cambiará ninguno de sus otros beneficios médicos.

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

Para conocer más sobre estos servicios, visite el

[Sitio web de transporte del Departamento de Salud](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/members/medtrans_overview.htm)

(https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/members/medtrans_overview.htm).

5. Planificación de cuidados

Planificación de cuidados y administración de cuidados

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

El Plan de Servicios Centrado en la Persona (Person Centered Service Plan, PCSP) es una descripción escrita de todos los servicios que usted necesita. Se basa en la evaluación que el equipo de administración de cuidados hace de sus necesidades de atención médica, las recomendaciones de su médico y los comentarios de usted y de su familia o cuidadores. El PCSP incluye servicios como educación sobre los servicios de asistencia personal dirigida al consumidor y la coordinación de cualquier cuidado paliativo que pueda recibir mientras sea miembro de CPHL.

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

Para facilitar la supervisión de su cuidado y la evaluación de sus necesidades, es importante que hable con los miembros de su equipo de administración de cuidados para informarles sobre lo que usted necesita. También es importante informarles sobre cuándo ha utilizado un servicio no cubierto. Consulte la Sección 4 para ver una lista de los servicios cubiertos y no cubiertos. Al hacer esto, ayudará a su equipo de administración de cuidados a gestionar sus cuidados de la mejor forma posible.

Un miembro de su equipo de administración de cuidados organizará los servicios cubiertos que usted necesita. Estos incluyen: brindarle comidas de entrega a domicilio y organizar la atención en el hogar.

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

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

Autorización para servicios

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

La mayoría de los servicios cubiertos que usted recibe deben ser autorizados por CPHL. Algunos de los servicios también requieren de la orden de un médico. Los servicios que requieren de la orden de un médico incluyen la atención médica a domicilio, el cuidado en residencia geriátrica, terapias de rehabilitación, equipo médico duradero, prótesis y órtesis. Los apoyos ambientales y las comidas entregadas a domicilio deben ser autorizadas por su equipo de administración de cuidados, pero no requieren de la orden de un médico. También puede ir al podólogo, odontólogo, audiólogo y optometrista para evaluación y servicios de rutina sin ninguna autorización previa de su equipo de administración de cuidados.

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

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

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

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

Solicitar servicios adicionales o cambios al servicio del plan de cuidado

Si usted o su médico sienten que usted necesita un servicio cubierto o le gustaría cambiar su plan de cuidado, debería comunicarse con cualquier miembro de su equipo de administración de cuidados. Su equipo de administración de cuidados revisará a solicitud y reevaluará sus necesidades para determinar si es médicamente necesario. El posible que su equipo de administración de cuidados consulte con su médico sobre los servicios y otros cambios que usted haya solicitado.

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

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

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

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

Revisiones urgentes o estándares: la mayoría de las solicitudes se manejan a través de plazos estándares, a menos que el equipo de administración de cuidados, junto con el director médico, determine, o el proveedor indique, que un retraso pondría en grave peligro su vida, salud o capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima. Puede solicitar una revisión urgente de una autorización previa o de una revisión concurrente. Si el equipo de administración de cuidados conjuntamente con el Director Médico siente que un retraso no pondría en peligro su vida, salud o capacidad para de alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, la solicitud para una revisión urgente será denegada por escrito. Si denegamos su solicitud de revisión urgente, le enviaremos un aviso de que la hemos denegado y de que trataremos su solicitud como una revisión estándar. Manejaremos las apelaciones de decisiones resultantes de una revisión concurrente como revisiones urgentes.

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

Autorización previa

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

Revisión concurrente

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

- Urgente – 1 día hábil luego de la recepción de toda la información necesaria, pero no más de 3 días hábiles luego de la recepción de su solicitud para servicios.
- Estándar – 1 día hábil luego de la recepción de toda la información necesaria, pero no más de 14 días luego de la recepción de su solicitud para servicios.

Prórrogas

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

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

6. Servicios de emergencia

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

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

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

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

1-855-270-1600
TTY/TDD: 1-800-421-1220

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

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

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

Servicios planificados

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

1-855-270-1600

TTY/TDD: 1-800-421-1220

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

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

8. Cuidados de transición y especializados

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

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

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

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

Si su proveedor de la red deja nuestra red mientras le atiende por un tratamiento en marcha y sigue atendiéndole después de haber dejado la red, le seguiremos pagando al proveedor por cualquier servicio cubierto que usted haya recibido por un periodo de hasta noventa (90) días. Sin embargo, para que podamos hacer esto, el proveedor debe aceptar lo siguiente:

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

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

9. Elegibilidad

Usted puede ser elegible para inscribirse en CPHL si:

- Tiene al menos 21 años de edad;
- Vive en las áreas de servicio de CPHL (condados de Bronx, Erie, Kings, Nassau, New York, Niágara, Queens, Richmond, Rockland, Suffolk o Westchester);
- Es considerado como elegible para Medicaid por la Administración de Recursos Humanos (HRA) o por el Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS);
- Consulta a un médico de atención primaria (primary care physician, PCP) o está dispuesto a escoger a uno que, a su vez, esté dispuesto a trabajar con CPHL;
- Necesita de servicios de cuidados a largo plazo ofrecidos por CPHL por 120 días o más desde la fecha de inscripción. Usted debe solicitar al menos uno de los siguientes servicios:
 - a. Servicios privados de enfermería
 - b. Terapias en el hogar (ocupacional, física o del habla)
 - c. Servicios de asistencia sanitaria en el hogar
 - d. Servicios de cuidado personal en el hogar
 - e. Atención médica diurna para adultos (modelo médico)
 - f. Servicios de Asistencia Personal Dirigidos al Consumidor (Consumer directed personal assistance services, CDPAS)
- Si usted está inscrito en otro plan de cuidados administrados, un programa de exención de Servicios Basados en la Comunidad y el Hogar, un programa de tratamiento diurno de la Oficina de servicios para personas con discapacidades del desarrollo (OPWDD) o recibe servicios de un programa de cuidados paliativos y no es ya miembro de un plan MLTC, puede inscribirse en CPHL solo cuando haya finalizado con estos planes o programas.

- Además de cumplir con estos criterios, también debe firmar un acuerdo de inscripción y aceptar cumplir con las condiciones de CPHL, tal como se explican en este manual del miembro.

La inscripción está sujeta a la aprobación de New York Medicaid Choice (NYMC).

Condiciones para la denegación de la inscripción

Su inscripción le será denegada si aplica alguna de las siguientes condiciones:

- NYMC está de acuerdo con la determinación de CPHL de que usted no cumple con los criterios de elegibilidad.
- Si usted no puede o no está dispuesto a suministrarnos o entregarnos los documentos necesarios para establecer un plan seguro de cuidados.
- Usted fue miembro de CPHL anteriormente y no cumple con nuestros criterios de reinscripción. Consulte la Sección 12, cláusulas sobre reinscripción.

Si se le deniega la reinscripción por alguna razón, NYMC le enviará un aviso en el que le notificará sobre su derecho a una audiencia imparcial.

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

La inscripción en CPHL es voluntaria. Si le interesa unirse a CPHL, usted o su representante puede llamar al Departamento de Servicios al Miembro de CPHL para obtener más información sobre nuestro programa.

Si cumple con los requisitos de elegibilidad que se describieron en la Sección 9, seguiremos el proceso de evaluación descrito en “**Evaluador independiente de Ne York - Proceso de evaluación inicial**” a continuación.

Evaluador independiente de Ne York - Proceso de evaluación inicial

El 16 de mayo de 2022, el Centro de Inscripción y Evaluación sin Conflictos (Conflict Free Evaluation and Enrollment Center, CFEEC) se convirtió en el Programa de Evaluadores Independientes de New York (New York Independent Assessor Program, NYIAP). El NYIAP ahora gestiona el proceso de evaluación inicial. El proceso de evaluación inicial incluye completar:

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

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

El Plan Managed Long Term Care Plan (MLTCP) Medicaid de Centers Plan for Healthy Living (CPHL) utilizará los resultados de CHA y PO para ver qué tipo de ayuda necesita y crear su plan de atención. Si su plan de atención propone PCS y/o CDPAS durante más de 12 horas por día en promedio, será necesaria una revisión por separado por parte del Panel de Revisión Independiente (Independent Review Panel, IRP) del NYIAP. El IRP es un panel de profesionales médicos que revisará su CHA, PO, plan de atención y cualquier otra documentación médica. Si se necesita más información, alguien del panel puede examinarlo o hablar sobre sus necesidades con usted. El IRP hará una recomendación a Centers Plan for Healthy Living sobre si el plan de atención satisface sus necesidades.

Proceso de admisión

Si, de acuerdo a la evaluación de NYIAP, usted cumple con los requisitos para unirse a CPHL y desea continuar con la inscripción, nuestro Personal de Enfermería de Admisión le pedirá que firme un formulario de solicitud que incluya un "Comprensión de la inscripción en el plan y normas y responsabilidades generales de la membresía". Al firmar la solicitud, usted acepta los términos contenidos en ella y accede a participar en CPHL de acuerdo con los términos y condiciones descritos en este manual del miembro y en el acuerdo o declaración de inscripción.

Nuestro personal de Enfermería de Admisión le pedirá que firme un consentimiento que permita que sus proveedores de cuidados médicos nos divulguen información.

El personal de Enfermería de Admisión junto con su médico y mediante discusiones con usted y sus cuidadores, desarrollarán un plan de cuidados inicial diseñado para satisfacer sus necesidades de cuidado.

En el tiempo previo a su inscripción, el personal de Enfermería de Admisión se mantendrá en contacto con usted para responder cualquiera de sus preguntas, conversar sobre su plan de cuidados y ayudarlo con cualquier servicio que necesite antes de la fecha de su inscripción.

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

Retiro de inscripción

Si usted cambia de opinión y decide que no se quiere inscribir después de haber consignado su solicitud para inscribirse en CPHL, puede retirar su solicitud. Si nos informa que no se quiere inscribir después del día 20 del mes, puede que sea demasiado tarde para detener su inscripción y tal vez esté inscrito en CPHL durante un mes. Usted será desafiliado después de un mes. CPHL le enviará una carta para confirmar su retiro o desafiliación.

Transferencias

Si se quiere transferir a otro MLTC Medicaid Plan

Nos puede probar durante 90 días. Puede irse del Medicaid Managed Long Term Care Plan (MLTCP) de Centers Plan for Healthy Living (CPHL) e inscribirse en otro plan médico en cualquier momento durante ese plazo. Si no se va durante los primeros 90 días, debe permanecer en Centers Plan for Healthy Living durante nueve meses más, a menos que tenga un motivo fundamentado (una causa justificada). Entre los ejemplos de causas justificadas, se incluyen:

- Se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Usted, el plan y el Departamento de Servicios Sociales de su condado o el Departamento de Salud del estado de New York acuerdan conjuntamente que abandonar Centers Plan for Healthy Living es lo mejor para usted.
- Su proveedor de atención domiciliaria actual no trabaja con nuestro plan.
- No hemos podido prestarle servicios como debemos de conformidad con nuestro contrato con el estado.

Si reúne los requisitos, puede cambiarse a otro tipo de plan de atención a largo plazo administrada (Managed Long Term Care Plan) como Medicaid Advantage Plus (MAP) o Programas de Atención Todo Incluido para las Personas Mayores (Programs of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) en cualquier momento sin una causa justificada.

Para cambiar de plan: Llame a New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678. Los asesores de New York Medicaid Choice pueden ayudarle a cambiar de plan médico.

La activación de la inscripción en el nuevo plan podría tardar entre dos y seis semanas. Recibirá un aviso de New York Medicaid Choice con la fecha en que será inscrito en el nuevo plan. Hasta ese momento, Centers Plan for Healthy Living proporcionará la atención que necesita.

Llame a New York Medicaid Choice si necesita solicitar una acción más rápida porque el plazo de la transferencia de plan perjudicará su salud. También puede solicitar una acción más rápida si le ha informado a New York Medicaid Choice que no estaba de acuerdo con inscribirse en Centers Plan for Healthy Living.

11. Desafiliación y finalización de beneficios

Desafiliación voluntaria

Para iniciar su desafiliación de nuestro plan, usted o la persona a quien designe deben hacer una solicitud oral o escrita. **(Consulte la sección “Transferencias” del Capítulo 10 para obtener más información sobre la transferencia a un plan de Medicaid de atención administrada a largo plazo diferente).** Puede hacerle la solicitud a cualquier miembro de su equipo de administración de cuidados y ellos lo ayudarán con el proceso. Usted recibirá un acuse de recibo escrito de la solicitud de desafiliación, así como un formulario de desafiliación. La desafiliación es válida a partir del último día del mes en que NYMC haya confirmado su desafiliación. Después de que la desafiliación entre en vigencia, le enviará por correo una confirmación escrita de su desafiliación.

Tome en cuenta que si usted está inscrito en CPHL y se postuló para recibir servicios por parte de otro plan de cuidados administrados a largo plazo contratado por Medicaid, un programa de exención de Servicios Basados en la Comunidad y el Hogar (Home and Community Based Services) o la Oficina para Personas con Discapacidades de Desarrollo, se considerará que usted solicitó desafiliarse de CPHL.

Desafiliación involuntaria

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

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

- Usted se muda fuera del área de servicio;
- Usted sale de nuestra área de servicio, por cualquier motivo, por más de treinta (30) días
- Usted deja de cumplir los requisitos para recibir beneficios de Medicaid;
- Tras una evaluación se determina que usted ya no requiere servicios de cuidados a largo plazo basados en la comunidad;
- Usted no recibe al menos uno de los servicios a continuación:
 - Servicios de enfermería
 - Terapias de rehabilitación en el hogar
 - Servicios de asistencia sanitaria en el hogar
 - Servicios de cuidado personal en el hogar
 - Atención médica diurna para adultos (modelo médico)
 - Servicios privados de enfermería
 - Servicios de Asistencia Personal Dirigidos al Consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS)
- A usted lo hospitalizan o ingresa en un programa residencial de una oficina de salud mental, oficina para personas con discapacidades de desarrollo u oficina de servicios contra el alcoholismo y la drogadicción durante 45 días o más;
- Usted está en prisión. La fecha de entrada en vigencia de la desafiliación debe ser el primer día del mes siguiente al encarcelamiento;
- Su único servicio de cuidados a largo plazo basado en la comunidad lo proporciona un programa social de cuidados diurnos (Social Day Care program).

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

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

Cancelación de la inscripción por otros motivos

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

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

La desafiliación entrará en vigencia el último día del mes siguiente a cuando NYMC la haya procesado. CPHL seguirá prestando los servicios cubiertos de conformidad con su plan de cuidados hasta que su desafiliación entre en vigencia. Si lo desea, durante dicho periodo su equipo de administración de cuidados lo ayudará a identificar otros proveedores de servicios que puedan satisfacer sus necesidades. CPHL lo ayudará a ponerse en contacto con dichos proveedores y coordinará la transferencia de sus cuidados.

12. Cláusulas sobre reinscripción

Si usted se desafilia de forma voluntaria (decide abandonar CPHL de forma independiente), se le permitirá reinscribirse si cumple con nuestros criterios de elegibilidad para la inscripción. Si usted se desafilia de forma voluntaria (de forma independiente decide abandonar CPHL), se le permitirá que se reinscriba si cumple con nuestros criterios de elegibilidad para la inscripción.

13. Excedente o gasto reducido mensual

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

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

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

14. Resolución de problemas y quejas de los miembros

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

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

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

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

1-855-270-1600 Para los usuarios de TTY/TDD 1-800-421-1220

o escriba a la siguiente dirección:

Centers Plan for Healthy Living

A la atención de: Grievances and Appeals Department

75 Vanderbilt Ave. Suite 700

Staten Island, NY 10304

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

¿Qué es una reclamación?

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

El proceso de reclamación

Puede presentar una reclamación ante nosotros oralmente o por escrito. La persona que reciba su reclamación la registrará y personal competente del plan supervisará la revisión de su reclamación. Le enviaremos una carta informándole que recibimos su reclamación y una descripción de nuestro proceso de revisión. Revisaremos su reclamación y le daremos una respuesta por escrito en uno de los siguientes dos plazos.

1. Si un retraso podría aumentar significativamente los riesgos para su salud, tomaremos la decisión en un plazo de 48 horas a partir de la recepción de la información necesaria.
2. Para todos los otros tipos de reclamaciones, le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 45 días a partir de la recepción de la información necesaria, pero el proceso se debe completar en un plazo de 60 días a partir de la recepción de la reclamación. El periodo de revisión se puede extender hasta 14 días si usted lo solicita o si necesitamos más información y el retraso lo beneficia a usted. En nuestra respuesta se describirá lo que encontramos mientras revisamos su reclamación y nuestra decisión al respecto.

¿Cómo apelo una decisión sobre una reclamación?

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

En el caso de las apelaciones de reclamaciones estándar, tomaremos la decisión sobre la apelación en un plazo de 30 días hábiles a partir de cuándo recibamos toda la información necesaria para tomar nuestra decisión. Si un retraso al tomar nuestra decisión podría aumentar significativamente los riesgos para su salud, utilizaremos el proceso de apelación de reclamaciones expedito. En el caso de las apelaciones de reclamaciones expeditas, tomaremos nuestra decisión sobre la apelación en un plazo de 2 días hábiles a partir de la recepción de la información necesaria. Tanto para la apelación estándar como para la expedita, le proporcionaremos un aviso escrito con nuestra decisión. El aviso incluirá los motivos detallados de nuestra decisión y en casos que tengan relación con asuntos clínicos, la fundamentación clínica de nuestra decisión.

¿Qué es una decisión?

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

Tiempo para avisar sobre una decisión

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

Contenido del aviso sobre decisión

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

- Explicará la decisión que tomamos o tenemos pensado tomar;
- Señalará los motivos de la decisión, incluida la fundamentación clínica, si aplica;
- Describirá su derecho a presentar una apelación ante nosotros (incluso si usted también tuviera derecho a un proceso de apelación externo ante el estado);

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

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

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

¿Cómo presento una apelación de una decisión?

Si usted no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado, puede apelar. Cuando presenta una apelación, significa que tenemos que revisar de nuevo el motivo de nuestra decisión para determinar si estuvimos en lo correcto. Puede presentar una apelación de una decisión ante el plan oralmente o por escrito. Cuando el plan le envíe

una carta sobre una decisión que tome (como denegar o limitar servicios o no pagar servicios), usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días hábiles a partir de la fecha indicada en nuestra carta en la que le notifiquemos la decisión.

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

Puede llamarnos a los siguientes números de teléfono:

1-855-270-1600; Para los usuarios de TTY/TDD 1-800-421-1220

o escribir a:

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

También nos puede enviar un correo electrónico a la siguiente dirección:

GandA@Centersplan.com

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Proceso de apelación expedita

Si usted o su proveedor consideran que la duración de una apelación estándar podría ocasionar un problema grave para su salud o su vida, puede solicitar una revisión expedita de su apelación de la decisión. Le responderemos con nuestra decisión en un plazo de 2 días hábiles a partir del momento en que recibamos toda la información necesaria. En ningún caso el tiempo de emisión de nuestra decisión será mayor a 3 días hábiles después de que recibamos su apelación (el periodo de revisión se puede extender hasta 14 días si usted solicita una extensión o si necesitamos más información y el retraso lo beneficia a usted).

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

¿Qué puedo hacer si el plan deniega mi apelación?

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

Nota: Usted debe solicitar una audiencia imparcial en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso con la determinación inicial. Este plazo aplica incluso si usted está esperando que tomemos una decisión sobre su apelación interna.

Si denegamos su apelación debido a asuntos de necesidad médica o porque el servicio en cuestión era experimental o investigativo, en el aviso también se explicará cómo solicitar una "apelación externa" de nuestra decisión ante el estado de New York.

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

Audiencias imparciales estatales

También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado de New York. La decisión de la audiencia imparcial puede revocar nuestra decisión original, independientemente de que usted nos haya solicitado una apelación. Debe solicitar una audiencia imparcial en un

plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que le enviamos el aviso con nuestra decisión original. Puede intentar una apelación ante el plan y una audiencia imparcial simultáneamente o puede esperar a que el plan tome una decisión sobre su apelación y luego solicitar una audiencia imparcial. En cualquier caso, aplica el mismo plazo de 60 días calendario.

El proceso de audiencia imparcial estatal es el único proceso que permite que sus servicios continúen mientras espera que se tome una decisión sobre su caso. Si le enviamos un aviso sobre una restricción, reducción, suspensión o cancelación de servicios que usted está autorizado a recibir y desea que sus servicios continúen, debe solicitar una audiencia imparcial. Presentar una apelación interna o externa no garantizará que se le dé continuidad a sus servicios.

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

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

Si el funcionario de la audiencia imparcial del estado revierte nuestra decisión, debemos asegurarnos de que usted reciba los servicios

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Solicitud en persona:

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

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

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

Apelaciones externas estatales

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

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

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

Puede obtener una decisión más rápido si su médico puede aseverar que un retraso afectaría gravemente su salud. Esto se denomina apelación externa acelerada. El revisor de la apelación externa tomará una decisión sobre una apelación acelerada en 3 días o menos. El revisor le comunicará de inmediato tanto a usted como a nosotros la decisión por teléfono o fax. Posteriormente se enviará una carta comunicándole la decisión.

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

del Departamento de Salud del estado de New York

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

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

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

apelación. Podría contactar directamente a la ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

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

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

Avisos electrónicos

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

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

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

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

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

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

Teléfono.....1-844-274-5227

Correo electrónico.....memberportal@centersplan.com

En línea..... CPHLmemberportal.centersplan.com

Fax..... 1-917-661-8121

Correo postal.....75 Vanderbilt Avenue, Staten Island, NY 10304

Cuando se comuniquemos con nosotros, debe:

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

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

15. Sus derechos y responsabilidades como miembro de CPHL

Como miembro de CPHL, usted tiene los siguientes derechos:

1. Recibir cuidados médicamente necesarios.
2. Tener acceso oportuno a cuidados y servicios.
3. Tener privacidad respecto a sus expedientes médicos y la oportunidad en que recibe tratamiento.
4. Obtener información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles presentadas de una forma y en un idioma que usted comprenda.
5. Obtener información en un idioma que usted comprenda; puede recibir servicios de traducción oral sin costo alguno.
6. Obtener la información necesaria para dar su consentimiento informado antes de iniciar un tratamiento.
7. Ser tratado con respeto y dignidad.
8. Obtener una copia de sus expedientes médicos y solicitar que se enmienden o corrijan.
9. Participar en las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a negarse a recibir tratamiento.
10. Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizadas como medios de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
11. Recibir cuidados médicos independientemente de su sexo, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión.
12. Que le expliquen dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que usted necesita por parte de CPHL, incluido cómo obtener los beneficios cubiertos prestados por proveedores fuera de la red si no hay proveedores disponibles en la red del plan.
13. Quejarse ante el del Departamento de Salud del estado de New York.

14. Quejarse ante la HRA o el LDSS y el derecho a utilizar el sistema de audiencias imparciales del estado de New York.
15. Nombrar a alguien para que hable por usted sobre sus cuidados y su tratamiento.
16. Hacer planes y directivas anticipadas sobre sus cuidados.
17. Recibir información sobre CPHL y cuidados administrados a largo plazo en una forma que no revele que usted participa en el plan.
18. Buscar asistencia de la ICAN.

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

1. Participar activamente en su cuidado y en las decisiones al respecto.
2. Comunicarse abierta y honestamente con sus médicos y su equipo de administración de cuidados sobre su salud y cuidados.
3. Hacer preguntas para asegurarse de que entiende su plan de cuidados y considerar las consecuencias de no acatarlo.
4. Contribuir con las decisiones sobre los cuidados y mantenerse a cargo de su propia salud.
5. Asistir a sus citas o informar al equipo de administración de cuidados si necesita modificarlas.
6. Acudir a los proveedores de la red de CPHL para obtener cuidados, excepto en situaciones de emergencia.
7. Notificar a CPHL si usted recibe servicios de salud de otros proveedores de cuidados médicos.
8. Participar en el desarrollo de políticas escribiéndonos o llamándonos.
9. Respalda el Programa de Cuidados a Largo Plazo (Long Term Care Program) de CPHL.
10. Expresar opiniones, preocupaciones y sugerencias de forma adecuada de las siguientes formas, incluidas, entre otras, ponerse en contacto con su equipo de administración de cuidados o el proceso de reclamaciones y apelaciones de CPHL.

11. Revisar el manual del miembro y seguir los procedimientos para recibir servicios.
12. Respetar los derechos y la seguridad de todas las personas involucradas en sus cuidados y ayudar a CPHL a mantener un ambiente doméstico seguro.

Notificar a su equipo de administración de cuidados de CPHL sobre cualquiera de las situaciones a continuación:

- si usted va a salir del área de servicio
- si se mudó o tiene un nuevo número de teléfono
- si cambió de médicos
- cualquier cambio en su condición que pueda afectar nuestra capacidad para proporcionar atención

Si tiene una inquietud urgente, el personal de CPHL está disponible para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Comuníquese con nosotros a través del **1-855-270-1600**. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al **1-800-421-1220**.

Directivas anticipadas

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

Poder para la atención médica

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

Testamento vital

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

Orden de no resucitación (Do Not Resuscitate, DNR)

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

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

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

En la visita del personal de Enfermería de Admisión, descrita en la Sección 10 de este manual, su enfermero de admisión le dará información sobre directivas anticipadas y le proporcionará los documentos. Si tiene preguntas sobre las directivas anticipadas en cualquier momento mientras esté inscrito en CPHL, su Gestor de Atención podría responder dichas preguntas y ayudarlo a seleccionar la

directiva anticipada que mejor se adapte a sus necesidades y deseos. Puede cambiar de parecer sobre las directivas anticipadas en cualquier momento. Si quisiera dejar de utilizar directivas anticipadas durante el periodo en que esté inscrito, su Gestor de Atención podrá asistirlo. Su Gestor de Atención o médico primario podrían darle más información sobre las directivas anticipadas.

Aviso de información disponible previa solicitud

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

- Una lista de nombres, direcciones comerciales y cargos oficiales de los miembros de la junta directiva, directores, socios mayoritarios y dueños o socios de CPHL.
- Una copia del estado financiero certificado de CPHL más reciente, incluido un balance y un resumen de los ingresos y las erogaciones, preparado por un contador público certificado.
- Información relacionada con quejas de los miembros e información recolectada sobre las reclamaciones y apelaciones.
- Procedimientos de CPHL para proteger la confidencialidad de expedientes médicos y otra información para los miembros.
- Una descripción escrita de la estructura organizativa y los procedimientos actuales del Programa de Aseguramiento de la Calidad (Quality Assurance Program) de CPHL.
- Una descripción de los procedimientos seguidos por CPHL al tomar decisiones sobre la naturaleza experimental o investigativa de fármacos, instrumentos médicos o tratamientos individuales en ensayos clínicos.
- Previa solicitud escrita, criterios de revisión clínica específicos y por escrito referentes a una condición o enfermedad particulares y, cuando sea adecuado, otra información clínica que CPHL pudiera considerar en su análisis de utilización y cómo se emplea en dicho

proceso, provisto que en la medida que dicha información sea propiedad de CPHL, el miembro o posible miembro solo deberá utilizar la información con el fin de asistir al miembro o al posible miembro en la evaluación de servicios cubiertos prestados por CPHL.

- Afiliaciones de profesionales de la salud particulares con hospitales y otros centros de salud.
- Licencias, certificaciones y acreditaciones de proveedores participantes.
- Solicitud escrita, procedimientos y certificaciones mínimas requeridas para que los proveedores de atención médica sean considerados por CPHL; o
- Información referente a la educación, afiliación a centros de salud y participación en la realización de revisiones clínicas dirigidas por el Departamento de Salud, de profesionales de la salud que tengan licencia, estén registrados o estén certificados según lo dispuesto en el Artículo 8 de la Ley de Educación del Estado.

Fraude, despilfarro y abuso

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

16. Protección de la confidencialidad de los miembros.

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

- Toda la información en su expediente médico es confidencial. El personal evita la divulgación accidental de información mediante la protección de los expedientes e informes del uso no autorizado.
- Solo se divulgará información necesaria a organismos comunitarios, hospitales y centros de cuidados a largo plazo para garantizar la continuidad de sus cuidados. La información se copiará o compartirá con dichos organismos solo si usted o la persona que haya designado firmaron una autorización para que CPHL divulgue información médica, psicosocial y de enfermería a un determinado centro.
- CPHL permitirá que solo representantes de CPHL autorizados legalmente inspeccionen y soliciten copias de sus expedientes médicos y otros expedientes de los servicios cubiertos que usted reciba, de conformidad con el consentimiento escrito que a usted se le haya pedido ejecutar para autorizar a CPHL para divulgar tal información.
- CPHL acatará todas las leyes federales y del estado de New York referentes a la confidencialidad, incluidas aquellas relacionadas con resultados de pruebas de VIH.
- CPHL conservará todos los expedientes relacionados con usted por un periodo no menor de siete (7) años a partir de su desafiliación, de conformidad con normativas legales estatales y federales aplicables y con las políticas y los procedimientos de CPHL. Los expedientes médicos y financieros de CPHL son y siempre serán propiedad de CPHL.

- Cualquier solicitud de información relacionada con sus cuidados que se reciba de un organismo encargado de hacer cumplir la ley, como la policía o el despacho del Fiscal del Distrito, se harán del conocimiento del Presidente o Director Ejecutivo de CPHL antes de suministrar cualquier información para garantizar que se obtenga la autorización adecuada.

17. Programa de mejora y aseguramiento de la calidad

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

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

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

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

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



Servicios al Miembro de CPHL

Los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Tel.: 1-855-270-1600

Los usuarios de TTY deben llamar al 711

Correo electrónico: Memberservices@centersplan.com

www.centersplan.com/mltc