

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|---|----|
| Bienvenido a Hamaspik CHOICE | 2 |
| Beneficios de unirse a Hamaspik CHOICE | 3 |
| Elegibilidad y fechas efectivas de cobertura | 5 |
| Proceso de evaluación | 7 |
| Inscripción | 8 |
| Paquete de beneficios de servicio..... | 9 |
| Acceso a servicios | 18 |
| Selección de proveedores | 22 |
| Gestión de cuidado | 23 |
| Autorizaciones de servicio | 25 |
| Término de cobertura | 26 |
| Reducción de gastos de Medicaid | 28 |
| Protección de veteranos | 29 |
| Competencia lingüística y cultural..... | 29 |
| Derechos y responsabilidades | 30 |
| Reclamo de miembro y proceso de apelación | 33 |
| Money Follows the Person/Open Doors | 45 |
| Instrucciones avanzadas | 46 |
| Información adicional disponible a petición | 48 |
| Definiciones..... | 49 |
| Apéndice: Notificación de prácticas de privacidad | 52 |

Bienvenido a Hamaspik CHOICE

¡A Hamaspik CHOICE le complace que usted haya escogido formar parte de nuestro plan!

Hamaspik CHOICE es un Plan de cuidado a largo plazo controlado diseñado para ayudarle a vivir de la manera más independiente posible mediante la oferta de un amplio abanico de servicios de cuidado a largo plazo asociados a la salud. Mantenemos un compromiso con la alta calidad, una atención compasiva que resulta apropiada para usted y su situación y necesidades individuales.

Hamaspik CHOICE es un Plan de atención a largo plazo controlado autorizado por el Estado de New York. Asume el riesgo financiero y responsabilidad legal bajo contrato con el Estado de New York y sus acuerdos de inscripción con los miembros.

Para inscribirse en Hamaspik CHOICE, usted debe tener al menos 18 años y vivir en uno de los siguientes condados:

- Dutchess
- Orange
- Putnam
- Rockland
- Sullivan
- Ulster

Usted debe ser elegible por Medicaid, y evaluado según su necesidad de servicios de atención a largo plazo dentro de la comunidad por un período superior a los 120 días. (El personal de Hamaspik CHOICE puede ayudarle a determinar si usted es elegible)

Este manual tiene la finalidad de servir como referencia, por ende, puede guardarlo. Incluye información sobre sus servicios de atención administrada a largo plazo y reglas importantes para trabajar con Hamaspik CHOICE.

Este manual está disponible en otros idiomas. Para los miembros que lo estimen pertinente, ofrecemos servicios de interpretación de idiomas sin costo para usted, los cuales pueden emplearse para traducir oralmente los materiales vía telefónica. Para los miembros con discapacidades visuales, Hamaspik Choice cuenta con integrantes del personal que pueden leer este manual de miembros.

Estamos felices de responder a cualquier pregunta o comentarios que pueda tener. Nuestra línea gratuita es: **855-552-4642** (855-55-CHOICE), Usuarios TTY deben llamar al 711.

Nuestra dirección, en caso de que desee escribirnos, es:

58 Route 59, Suite 1
Monsey, NY 10952

Beneficios de unirse a Hamaspik

Si usted se inscribe en Hamaspik CHOICE, puede hablar con un profesional de la salud las 24 horas del día, 7 días a la semana, los 365 días del año. Nuestros profesionales de la salud supervisa los cambios en su estado de salud, proporciona cuidado y educación y fomenta la autoayuda. Como miembro de Hamaspik CHOICE, usted participa en el desarrollo de su Plan de Servicio Centrado en la Persona (PCSP). Su PCSP contempla servicios cubiertos que son médicamente necesarios y servicios no cubiertos que usted podría recibir, para garantizar la total coordinación de los servicios que usted requiere y recibe. Los servicios cubiertos se pagan a través de Hamaspik Choice mediante Medicaid. Medicaid y/o Medicare seguirán pagando por los servicios médicamente necesarios que sean adecuados y no tengan cobertura de Hamaspik CHOICE. Salvo algunos servicios cubiertos preaprobados, todos los servicios cubiertos requieren de la autorización de Hamaspik CHOICE. Usted no necesita la aprobación de Hamaspik CHOICE para servicios sin cobertura, aunque trabajaremos junto a usted y con sus proveedores para convenir tanto servicios cubiertos como aquellos sin cobertura.

Hamaspik CHOICE ofrecerá educación de salud para los Afiliados de forma constante a través de métodos tales como conversaciones con su gerente de caso, la publicación de información en el sitio web de Hamaspik CHOICE en www.hamaspikchoice.org, o, previa solicitud del Afiliado, en base a sus preocupaciones individuales. Podemos ayudarlo con muchos temas de salud preventiva y salud pública, tales como:

- Prevención de lesión
- Violencia familiar
- VIH/SIDA, incluida la disponibilidad para pruebas por VIH y agujas y jeringas esterilizadas
- ETS, incluido el acceso a servicios por ETS confidenciales
- Dejar de fumar
- Asma
- Vacunas
- Servicios de salud mental
- Diabetes
- Exámenes de cáncer
- Dependencia química

- Estado física y nutrición
- Enfermedad cardiovascular e hipertensión
- Atención dental, contemplando la importancia de servicios preventivos tales como selladores dentales; y
- Exámenes por Hepatitis C para individuos nacidos entre 1945 y 1965.

El personal de Hamaspik CHOICE, cuenta con amplia experiencia en la planificación y ofrecimiento de servicios para individuos con discapacidades a largo plazo y diversas condiciones médicas, como condiciones que requieren de un conocimiento especializado, equipo e instalaciones. Como miembro de Hamaspik CHOICE, tendrá un Plan de servicios centrado en la persona (o "PCSP") que incluye información sobre sus necesidades, metas y servicios de salud. Su PCSP es un plan escrito de los servicios que usted necesita, con qué frecuencia los necesita y por cuánto tiempo. Incluye servicios cubiertos por Hamaspik CHOICE que son médicamente necesarios y servicios no cubiertos. Su PCSP se basa en nuestra evaluación de su salud, necesidades de atención a largo plazo, sus preferencias personales y las ordenes y recomendaciones de su(s) médico(s). Usted y su médico se encargan de la revisión de su PCSP según sea necesario, al menos cada seis meses y más a menudo si su estado de salud cambia. A medida que sus necesidades cambian, su PCSP cambiará para cumplir dichas necesidades.

Trabajaremos junto a su médico para coordinar su atención.

Cuando se una, se le designará un Gestor de cuidados. Su gestor de cuidados es responsable de coordinar y asegurarse de que usted reciba los servicios según lo indicado por su PCSP. El gesto de cuidados ofrece apoyo y asistencia para garantizar que su atención sea oportuna y adecuada para sus necesidades según lo determinado en su PCSP. Su gestor de cuidado se comunicará con otros involucrados en su atención, según corresponda, incluido usted, su familia, su médico y sus proveedores de servicio.

Las secciones en este Manual del miembro ofrecen más información acerca de todos estos temas y más. Revise el Manual para miembros para comprender cómo Hamaspik CHOICE trabaja con usted para satisfacer sus necesidades. Si tiene alguna pregunta respecto a la información en este Manual para miembros, hable con su gestor de caso o nuestro personal de Servicios para miembros. Nuestra línea gratuita es:

855-552-4642 (855-55-CHOICE)

Usuarios TTY deben llamar al 711

Elegibilidad y fechas efectivas de cobertura

La inscripción en Hamaspik Choice es voluntaria. Usted debería tomar una decisión informada para escribirse y podría elegir dar término a su membresía en cualquier momento. Para ser capaz de inscribirse usted debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Requisitos de edad:

- Quienes tengan doble elegibilidad, 21 años o mayores, deben inscribirse en un plan para recibir servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad que tengan cobertura de Medicaid (también conocidos como “Servicios CBLTC”)
- Los siguientes individuos podrían inscribirse voluntariamente en un Plan
 - ✓ Personas con doble elegibilidad de 18 a 20
 - ✓ Personas sin doble elegibilidad de 18 años o mayores

2. Residir en el condado de Dutchess, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan o Ulster

3. Ser elegible para Medicaid según lo establecido por su Departamento Local de Servicios Sociales

4. Ser capaz, en el momento de la inscripción, de regresar de o permanecer en su domicilio, comunidad o residencia de ancianos sin poner en riesgo su salud e integridad.

5. Tener la necesidad de servicios de atención a largo plazo por un período continuo de más de 120 días a partir de la fecha de inscripción. Los servicios de cuidado a largo plazo incluyen: Servicios de enfermería, terapias de rehabilitación, servicios de cuidado a domicilio o personal, atención médica para adultos durante el día, atención privada de enfermería o Servicios de asistencia personal dirigidos al consumidor (también conocidos como “CDPAS”).

Si se encuentra en condición de paciente intrahospitalario en un hospital o como residente de una instalación de Oficina de Salud Mental (OMH), Oficina de Servicios de Alcoholismo y Servicios de Abuso de Sustancias (OASAS), u Oficina para Personas con Discapacidades (OPWDD), o si usted se inscribe en otro plan de atención a largo plazo controlado de Medicaid, programa de exención de Servicios para el hogar y la comunidad (HCBS), programa de tratamiento diario OPWDD, o recibe servicios de hospicio, no podemos inscribirle hasta que se le haya dado de alta o se haya desvinculado de tal programa.

La inscripción o rechazo de inscripción en nuestro programa debe contar con aprobación de su Departamento de Servicios Sociales (LDSS) o de New York Medicaid Choice.

Se le podría denegar la inscripción por uno o más de los siguientes motivos:

- Usted no cumple con uno o más de los requisitos de elegibilidad, según lo enunciado anteriormente;
- Usted anteriormente ha sido desvinculado de Hamaspik CHOICE de forma involuntaria y las circunstancias involucradas en su desvinculación no han cambiado.

Hamaspik CHOICE no discrimina ilegalmente en la inscripción o la prestación de servicios en función de la edad, el sexo, la raza, la identidad de género (incluida la condición de transgénero), el credo, la religión, la discapacidad física o mental, incluida la disforia de género, la orientación sexual, la fuente de pago, tipo de enfermedad o condición, necesidad de servicios de salud, o lugar u origen.

Proceso de evaluación

Hay varios pasos para inscribirse en Hamaspik Choice. El proceso lo incluye a usted, su familia, su médico, NYS Medicaid Choice y Hamaspik CHOICE. Si usted comienza el proceso y cambia de opinión, podría retirar su solicitud o acuerdo de inscripción al mediodía del día 20 del mes previo a la fecha efectiva de inscripción. El proceso incluye los siguientes pasos:

- Cualquier que pueda contactarnos: usted, su familia, un amigo, un proveedor médico; con el objetivo de notificar su interés en Hamaspik CHOICE. Cuando se nos informa de que usted tiene interés en aprender más acerca del programa, un integrante del personal de Hamaspik CHOICE se comunicará con usted para explicar nuestro programa.
- Todas las personas que son referidas a Atención Administrada a Largo Plazo por primera vez deben completar una determinación de elegibilidad por parte del Centro de Evaluación e Inscripción Libre de Conflictos del Estado de Nueva York (CFEEC), como primer paso en el proceso de inscripción. Una enfermera de CFEEC completará una evaluación en su hogar (u hospital o hogar de ancianos) para determinar si necesita servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad. Puede comunicarse con CFEEC al 855-222-8350. (Usuarios TTY deben llamar al 888-329-1546). Si necesita ayuda, nuestro personal de inscripción puede ayudarlo a conectarse con el programa CFEEC.
 - ✓ Nota: Esto paso no se aplica a las personas que se transfieren de otro plan MLTC o a personas que ya reciben servicios de largo plazo basados en la comunidad a través de otro programa de Medicaid.
- Si está interesado y es elegible para los beneficios de Medicaid, Hamaspik CHOICE realizará una evaluación inicial de elegibilidad de MLTC. Esto se realizará en un momento que sea conveniente para usted, y tomará lugar dentro de los treinta días posteriores al primer contacto con el plan que solicita la inscripción. La evaluación será efectuada por una enfermera registrada en su domicilio o asilo de ancianos.
- Junto con sus resultados, se designará un Plan de Servicio Centrado en la Persona (o “PCSP”) para cumplir con sus necesidades de atención médica.
- Su Gestor de cuidado podría contactar a su médico para discutir su PCSP en caso de ser necesario. Si desea que analicemos su PCSP con otras personas involucradas en su atención, háganoslo saber.

Inscripción

Durante la visita de evaluación, la enfermera le explicará más sobre Hamaspik CHOICE y le proporcionará información escrita sobre el programa. Si usted decide unirse a Hamaspik CHOICE, deberá firmar un Contrato de inscripción. Durante el proceso de inscripción, le explicaremos cómo acceder a los servicios y le daremos una lista de los proveedores de la red de Hamaspik CHOICE.

Su inscripción debe tener aprobación de New York Medicaid Choice, LDSS o cualquier otra entidad según lo designado por el NYS DOH.

Después de su inscripción, recibirá una tarjeta de identificación de miembro de Hamaspik CHOICE. Recuerde conservar su tarjeta de seguros de terceros, Medicare y Medicaid también. Para utilizar en servicios no cubiertos por Hamaspik CHOICE que puedan tener cobertura por estos demás programas de seguro.

Fechas efectivas de inscripción

Si se lo evalúa antes del día 20 del mes y su inscripción es aprobada por NY Medicaid Choice o una entidad designada por el DOH, su inscripción entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

Continuidad de la atención

Si está realizando la transición de un programa a largo plazo para la comunidad de Medicaid, usted seguirá recibiendo los servicios en virtud de su plan de servicio preexistente durante al menos 90 días después de la inscripción. Sus servicios recibirán autorización para el mismo nivel, alcance y cantidad según los recibía a través de Medicaid.

Si se inscribe en Hamaspik CHOICE porque su Plan MLTC anterior cerró, redujo su área de servicio o se fusionó con otro Plan MLTC, tiene derecho a mantener su Plan de Servicio del Centro de Personas anterior hasta 120 días después de la inscripción. Sus servicios recibirán autorización para el mismo nivel, alcance y cantidad según los recibía a través de su antiguo Plan MLTC.

Durante el período de transición de 90 o 120 días (según las circunstancias descritas anteriormente), Hamaspik CHOICE completará una evaluación de sus necesidades. Si Hamaspik Choice decide cambiar los servicios autorizados, usted recibirá una notificación de acción, la cual articula su derecho a presentar una apelación. Usted tendrá el derecho de seguir recibiendo los mismos servicios cuando solicite una apelación o audiencia imparcial.

Requisitos si desea transferirse a otro plan MLTC

Como nuevo miembro de Hamaspik Choice, puede probarlos durante 90 días. Puede abandonar Hamaspik Choice y unirse a otro plan de salud en cualquier momento durante ese tiempo. Si no se va en los primeros 90 días, debe permanecer en Hamaspik Choice por nueve meses más, a menos que tenga una buena razón (“buena causa”). Algunos ejemplos de Buena causa incluyen:

- Se traslada 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 están de acuerdo en que dejar Hamaspik Choice es lo mejor para usted.
- Su proveedor de atención domiciliaria actual no trabaja con nuestro plan.
- No hemos podido brindarle servicios, ya que estamos obligados a hacerlo en virtud de nuestro contrato con el Estado.

Si reúne los requisitos, puede cambiarse a otro tipo de plan de atención administrada a largo plazo, como Medicaid Advantage Plus (MAP) o un Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), en cualquier momento, sin motivo justificado.

Para cambiar planes: Llame a New York Medicaid Choice al 1-888-401-6582. Los consejeros de New York Medicaid Choice pueden ayudarle a cambiar los planes de salud.

Podría tardar entre dos a seis meses para su inscripción en un nuevo plan para ser activo. Recibirá un aviso de New York Medicaid Choice indicándole la fecha en que se inscribirá en su nuevo plan. Hamaspik Choice le brindará la atención que necesita hasta entonces.

Llame a New York Medicaid Choice si necesita solicitar una acción más rápida a causa de que el tiempo que lleve transferir los planes sería perjudicial para su salud. También puede pedirles una acción más rápida si le ha informado a New York Medicaid Choice que no aceptó inscribirse en Hamaspik Choice.

Paquete de beneficios de servicio

Hamaspik CHOICE paga por los servicios de salud y asociados a esta que figuran a continuación. Los siguientes servicios se entregan bajo consentimiento en su PCSP según sea médicamente necesario para usted. Esto significa que el servicio debe ser necesario para prevenir, diagnosticar, corregir o curar afecciones que causan sufrimiento agudo, ponen en peligro la vida, dan como resultado una enfermedad o dolencia, interfieren con su capacidad para la actividad normal o amenazan con provocar algún impedimento significativo.

La gestión de cuidado se proporciona directamente a través de Hamaspik Choice. Los siguientes servicios se entregan mediante proveedores contratados que han aceptado trabajar con Hamaspik CHOICE:

- Atención sanitaria de día para adultos
- Audiología y Audífonos
- Servicios de asistencia avocados al consumidor
- Odontología
- Equipo médico duradero
- Atención domiciliaria (incluida enfermería, asistente de salud en el hogar, terapia física, terapia ocupacional, patología del habla y servicios sociales médicos)
- Comidas entregadas en casa y comidas grupales
- Transporte médico no considerado de emergencia
- Cuidado en residencia de ancianos
- Nutrición
- Optometría y lentes
- Cuidado personal
- Sistema de respuesta a emergencias personales
- Podiatría
- Terapia de rehabilitación (terapia física, ocupacional, terapia, terapia del habla u otras terapias que se entreguen en un entorno que no sea el hogar).
- Terapia respiratoria
- Enfermería privada
- Centro de Atención Social para Adultos
- Apoyos sociales y ambientales

Todos los servicios enumerados anteriormente requieren de aprobación previa, salvo por lo siguientes servicios:

- Audiología; examen de rutina una vez al año
- Gestión de cuidado
- Cuidado dental; exámenes de rutina dental hasta dos veces al año y cuidado dental de emergencia

- Exámenes de optometría y anteojos: examen de optometría de rutina (que incluye refracción) y lentes de prescripción para marcos de anteojos conforme a las tarifas de Medicaid una vez cada dos años
- Consulta de podología una vez al año para aquellos miembros cuya condición lo requiera.

Más acerca de los servicios y beneficios de Hamaspik CHOICE

Atención sanitaria de día para adultos: Los servicios de atención médica diurna para adultos se brindan en un centro de atención médica residencial o en un sitio aprobado por el estado. Los servicios que se brindan en una instalación de atención médica diurna para adultos pueden incluir: servicios médicos, de enfermería, alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de tiempo libre, servicios dentales, farmacéuticos y otros servicios complementarios.

Gestión de cuidado: Los servicios de administración de la atención se brindan a todos los miembros inscritos en Hamaspik CHOICE. La gestión de cuidado es un proceso que lo ayuda a acceder a los servicios necesarios identificados en su PCSP. También ofrece referencia y coordinación de otros servicios para complementar el PCSP. Los servicios de administración de la atención lo ayudarán a obtener los servicios médicos, sociales, educativos, psicosociales, financieros y otros servicios necesarios en apoyo del PCSP, independientemente de si los servicios necesarios están cubiertos por Hamaspik CHOICE. (Consulte la página 22 para obtener más información).

Servicios de Asistencia Personal Avocados al Consumidor (CDPAS) La prestación de asistencia total o parcial con servicios de cuidado personal, servicios de asistencia médica domiciliaria y tareas de enfermería especializada por parte de un asistente personal dirigido por el consumidor bajo la instrucción, supervisión y dirección del Miembro o el representante designado del Miembro. A los asistentes personales se les paga a través de un Intermediario Fiscal, que es una empresa que tiene un contrato con Hamaspik Choice para administrar los salarios y beneficios de estos trabajadores.

Para participar de los servicios de asistencia personal dirigidos al consumidor, usted debe cumplir los siguientes requisitos de elegibilidad:

- Tener una condición médica estable;
- Ser autodirigido o, si no es autodirigido, tener un representante designado
- Estar dispuesto y ser capaz de cumplir con las responsabilidades del miembro o tener un representante designado que esté dispuesto y sea capaz de cumplir tales responsabilidades; y
- Participar según sea necesario, o disponer de un representante que así lo haga, en los procesos de evaluación y reevaluación requeridos.

sobre CDPAS como un beneficio de salud voluntario que está disponible en su plan MLTC. Cualquier restricción, reducción, suspensión o finalización de servicios CDPAS autorizada, o la denegación de una solicitud para cambiar CDPAS, se considera una determinación adversa. Puede presentar una apelación según lo descritos en este Manual de miembro y puede solicitar una audiencia imparcial o una apelación externa tras una Determinación Final.

Servicios dentales: Su gestor de cuidado de Hamaspik CHOICE puede ayudarle con la selección de un dentista o a realizar una cita, si así lo desea.

- Hamaspik CHOICE tiene contrato con la red de servicios dentales DentaQuest
- Con la ayuda de su administrador de cuidado, puede elegir un proveedor en su área que tenga un contrato con Hamaspik CHOICE para proporcionarle servicios.
- Al concertar citas, informe a la oficina que Hamaspik CHOICE es su plan de cuidado a largo plazo controlado (MLTCP)
- Traiga su tarjeta de identificación de Hamaspik CHOICE a la cita
- No se requiere aprobación previa para exámenes de rutina dental hasta dos veces al año y cuidado dental de emergencia
- Jamás se le debe pedir que pague de su bolsillo cualquier costo asociado a su atención. Avísele a su gestor de cuidado si *alguna* vez le solicitan realizar pagos a un proveedor. Sus costos deberían estar *plenamente* cubiertos por Hamaspik CHOICE.

Equipo médico duradero (DME): Hamaspik CHOICE coordina la entrega de equipo médico duradero (DME). El DME describe los dispositivos y equipos que son ordenados por un profesional para su uso en el hogar y que se utilizan para el tratamiento de una afección médica específica. DME posee las siguientes características:

1. Puede admitir el uso reiterado para un período prolongado
2. Se utiliza principal y habitualmente para fines médicos
3. Por lo general no es útil en la ausencia de una enfermedad o lesión y
4. Por lo general, no está equipado, diseñado o pensado para el uso de un individuo en particular.

Esta categoría de servicios también incluye: Suministros médicos y quirúrgicos, baterías para prótesis auditivas, prótesis, aparatos ortopédicos, calzado ortopédico y terapia respiratoria, incluido el oxígeno y suplementos nutricionales.

- **Suministros médicos y quirúrgicos:** Hamaspik CHOICE coordinará con sus profesionales de atención de salud respecto a los suministros médicos y quirúrgicos necesarios. Estos son artículos para uso médico que no corresponden a medicamentos, aparatos y dispositivos protésicos u ortopédicos, equipo médico duradero o calzado ortopédico que haya sido solicitado por un profesional en el tratamiento de una condición médica específica y que generalmente son

consumibles, no reutilizables, desechables, para un propósito específico y generalmente no tienen un valor recuperable

- **Terapia respiratoria y oxigenoterapia:** Hamaspik CHOICE garantizará que estos servicios se entreguen por un terapeuta respiratorio calificado.
- **Prótesis y ortopédicos:** Hamaspik CHOICE coordinará la entrega de dispositivos y aparatos protésicos. Los aparatos protésicos son dispositivos que sustituyen cualquier parte faltante del cuerpo. Los aparatos y dispositivos ortopédicos son dispositivos que se usan para apoyar una parte del cuerpo débil o deformada o para restringir o eliminar el movimiento en una parte enferma o lesionada del cuerpo. El calzado ortopédico son zapatos, modificaciones de zapatos o adiciones a los zapatos que se usan para corregir, acomodar o prevenir una deformidad física o un mal funcionamiento del rango de movimiento en una parte afectada o lesionada del tobillo o pie; para soportar una estructura débil o deformada del tobillo o pie o para formar parte integral de una abrazadera.
- **Formula Enteral y Suplementos Nutricionales:** Según las pautas de Medicaid, la cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limita a las personas que no pueden obtener nutrición por otros medios, y solo en las siguientes tres condiciones:
 - (1) individuos que se alimentan a través de una sonda nasogástrica, de yeyunostomía o de gastrostomía; y
 - (2) personas con trastornos metabólicos congénitos raros.

La cobertura de individuos con ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos incluirá productos alimenticios sólidos modificados que sean bajos en proteínas o que contengan proteínas modificadas.

Exámenes oculares y lentes: Hamaspik CHOICE tiene contrato con la red de servicios de vista EyeQuest para servicios de visión que contemplan servicios de optometría tales como exámenes oculares y gafas.

- Con la ayuda de su administrador de cuidado, puede elegir un proveedor en su área que tenga un contrato con Hamaspik CHOICE para proporcionarle servicios.
- Al concertar citas, informe a la oficina que Hamaspik CHOICE es su plan de cuidado a largo plazo controlado (MLTCP)
- Usted es elegible para un examen ocular y un par de anteojos cada dos años.
- Traiga su tarjeta de identificación de Hamaspik CHOICE a todas las citas
- Jamás se le debe pedir que pague de su bolsillo cualquier costo asociado a su atención. Avísele a su gestor de atención de enfermería si alguna vez le solicitan

realizar pagos a un proveedor. Sus costos estarán plenamente cubiertos por Hamaspik CHOICE.

Exámenes de audición y audífonos: Los exámenes de audición y audífonos se proporcionan por audiólogos. Usted puede visitar un audiólogo para un examen de audición rutinario una vez al año sin autorización. Sin embargo, si cree que podría necesitar un examen de audición, consulte con su gestor de cuidado. Podríamos solicitarle que vea a su doctor en primera instancia, para asegurar que no haya otro problema de salud que afecte su capacidad de escuchar.

- Si necesita una evaluación para audífonos, debe obtener una referencia de su médico antes de recibir la evaluación.
- Si necesita audífonos o cualquier otro servicio de audiología, hable con su administrador de atención para obtener la autorización para dichos servicios.
- Productos incluidos con audífonos incluyen:
 - Audífonos;
 - Moldes de orejas;
 - Baterías;
 - Accesorios especiales; y
 - Piezas de repuesto.

Comidas entregadas en casa: Hamaspik CHOICE puede autorizar comidas a domicilio o en grupo de acuerdo con su PCSP.

Servicios de atención de salud a domicilio: Hamaspik CHOICE coordinará la provisión de servicios, que puede incluir atención de enfermeras, trabajadores sociales, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas. Estos servicios se brindan para ayudar a prevenir, rehabilitar, guiar y/o resguardar su salud.

Transporte médico no considerado de emergencia. Hamaspik CHOICE organizará y pagará sus servicios de transporte que no sean de emergencia para recibir la atención médica necesaria que reembolsa Hamaspik CHOICE, Medicaid o Medicare. Los servicios serán proporcionados por ambulancia, carro de emergencias o servicios de automóvil según sus necesidades. Si necesita transporte en ambulancia, Hamaspik CHOICE solo utilizará proveedores aprobados de Medicaid.

Siga las instrucciones importantes para solicitar transporte:

- El transporte proporcionado por Hamaspik CHOICE es para citas médicas que no se consideren de emergencia. Si está enfermo y necesita ir al hospital o a la sala de emergencias, llame al 911 inmediatamente.
- Todas las solicitudes de transporte deben realizarse con al menos 2 días hábiles de anticipación.
- Cuando llame para solicitar transporte, tenga a mano el nombre del médico, la

especialidad y el número de teléfono. Necesitaremos esta información para agendar su viaje.

- Nuestro departamento de servicios para miembros hará la confirmación de la cita llamando a la ubicación del servicio para verificar su cita.
- Llame a nuestro departamento de transporte tan pronto como sea posible, si hay algún cambio realizado en la fecha/hora de su cita
- Tratamos de satisfacer las solicitudes de proveedores de transporte específicos; las adaptaciones siempre se realizan en base a la disponibilidad del proveedor.
- Si necesita ver un especialista fuera del condado, su PCP local deberá completar un *Formulario fuera del condado* que explica la razón por la cual es necesario que usted viaje fuera del condado para recibir sus servicios. Las solicitudes para viajes fuera del condado deben hacerse con al menos 10 días de anticipación.
- Para programar su viaje, llame solo durante horas comerciales de lunes a viernes entre 9AM-5PM
- Usted también puede programar transporte en línea en nuestro sitio web www.hamaspikchoice.org

Cuidado en residencia de ancianos: Puede haber ocasiones en que Hamaspik CHOICE, en consulta con usted, su familia y sus médicos, determine que es necesario que usted permanezca en un asilo de ancianos. Si esto ocurre, su administrador de atención lo ayudará a organizar su ingreso a un asilo de ancianos en una habitación semiprivada. Las habitaciones privadas tienen cobertura solo si es médicamente necesario. Hamaspik CHOICE no cubre artículos no médicos tales como cargas de teléfono o alquiler de televisión. Si requiere una colocación permanente en un hogar de ancianos, su elegibilidad para Medicaid pasará de "comunidad" a "institucional". Si el Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS) determina que no es elegible para la cobertura institucional, se requiere que Hamaspik CHOICE, inicie una cancelación involuntaria de la inscripción.

- Nota: La atención en un hogar de ancianos está cubierta para las personas que se consideran una colocación permanente durante al menos tres meses. Después de ese período de tiempo, su atención en el hogar de ancianos puede estar cubierta a través de Medicaid regular.

Servicios nutricionales: Los nutricionistas de la red de Hamaspik CHOICE pueden evaluar sus necesidades dietéticas para garantizar que su dieta se adhiera a sus necesidades.

Cuidado personal: Hamaspik CHOICE, coordinará la provisión de cuidado personal y lo ayudará con actividades como baños, higiene personal, vestirse, preparación de comida y comer, y otras ayudas dentro de casa, según lo determine una evaluación de sus necesidades.

Sistema de respuesta a emergencias personales (PERS): PERS es un dispositivo

electrónico que le permite llamar para solicitar asistencia en una emergencia sin tener que buscar un teléfono.

Enfermería privada (PDN): Hamaspik CHOICE, coordinará los servicios de PDN a los afiliados en su lugar de residencia permanente o temporal, a cargo de enfermeras profesionales o enfermeras de práctica (RN o LPN) con licencia profesional, de acuerdo con las órdenes de los médicos.

Terapia de rehabilitación: Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios de Hamaspik CHOICE, pueden brindarse en las ubicaciones para pacientes ambulatorios, según sus necesidades. Estos servicios incluyen: Terapia física, terapia ocupacional y patología del habla y el lenguaje, que son servicios de rehabilitación, terapia ocupacional o patología del habla y el lenguaje con el propósito de reducir al máximo la discapacidad física o mental y restaurarlos a su mejor nivel funcional.

Podiatría/cuidado de pies: El cuidado de los pies lo proporcionan los podólogos autorizados que figuran en la red de proveedores de Hamaspik CHOICE. El cuidado de rutina de los pies, el tratamiento de durezas y callos, corte de uñas y otras atenciones de higiene tales como la limpieza o el remojo de los pies podría tener cobertura por el departamento clínico de Hamaspik CHOICE en caso de considerarse necesario. No se requiere de autorización o aprobación previa para la consulta de podología una vez al año para aquellos miembros cuya condición lo requiera.

Apoyos sociales y ambientales: Los apoyos sociales y ambientales incluyen, entre otros, los siguientes: cuidado de relevo, tareas de mantenimiento del hogar, servicios de tareas, control de plagas y modificaciones de la vivienda para mejorar la seguridad.

Atención social de día: El cuidado social diurno es un programa estructurado que le brinda socialización, supervisión, monitoreo y nutrición en un entorno de protección. También puede recibir servicios como la mejora de las habilidades de la vida diaria, el cuidado personal, el transporte y la asistencia de los cuidadores.

Telesalud: Los servicios entregados de Telesalud utilizan información electrónica y tecnologías de comunicación de los proveedores de telesalud para brindar servicios de atención médica, que incluyen la evaluación, diagnóstico, consulta, tratamiento, educación, gestión de la atención y/o autogestión de un afiliado. Proveedor de telesalud significa: médico, asistente médico, dentista, enfermero profesional, enfermero profesional registrado (solo cuando dicho enfermero recibe información médica específica o información médica específica del paciente en un lugar distante por medio del control remoto del paciente), podólogo, optometrista, psicólogo, trabajador social, patólogo del habla y lenguaje, audiólogo, partera, educador certificado en diabetes, educador certificado en asma, consejero genético certificado, hospital, agencia de atención domiciliaria, hospicio o cualquier otro proveedor determinado por el Comisionado de Salud de acuerdo con la regulación.

- Nota: La telesalud no incluye la prestación de servicios por comunicación de solo

audio por teléfono, máquinas de fax o mensajería electrónica solamente, aunque el uso de estas tecnologías puede incluirse como parte de otra telemedicina o monitoreo remoto de pacientes.

Pago de proveedores para servicios cubiertos

Hamaspik CHOICE es responsable de pagar por los servicios cubiertos. Usted no es responsable del pago por los servicios cubiertos, siempre y cuando tengan autorización en su PCSP. Consulte la sección Paquete de beneficios de servicio de este documento para averiguar si un servicio específico requiere aprobación previa. Si recibe una factura por los servicios cubiertos, informe a su administrador de atención lo antes posible, para que podamos corregir rápidamente este error.

Además, si tiene un seguro de salud de terceros, háganoslo saber para que podamos coordinar sus beneficios para los servicios cubiertos.

Acceso a servicios

Puede acceder a Hamaspik CHOICE, las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año llamando al (855) 552-4642 en cualquier momento. Su Plan de Servicio Centrado en la Persona (o "PCSP") especifica los servicios que usted recibirá. Hamaspik CHOICE también coordinará los servicios que usted requiere, independiente si tienen o no cobertura.

Hamaspik CHOICE le solicita que nos notifique sobre cualquier servicio no cubierto que esté recibiendo dentro de dos días hábiles de haber recibido el servicio, para que pueda incluirlo en su PCSP. Si se nos notifica con al menos 48 horas de anticipación, podemos organizar el transporte adecuado desde y hacia el proveedor del servicio y garantizar la entrega perfecta de los servicios. Si está hospitalizado, es importante que nos informe, porque podemos coordinar su plan de alta y asegurarnos de que reciba los servicios que necesita cuando regrese a casa.

Para solicitar un cambio en su plan de servicio centrado en la persona (PCSP) para los servicios cubiertos

Si desea cambiar su PCSP, como los días o las horas en que recibe un servicio, o si cree que necesita un servicio que no se encuentra actualmente en su PCSP, debe hablar sobre esto con su Administrador de atención durante las horas hábiles regulares, de lunes a viernes entre las 9:00 am y 5:00 pm llamando al 855-55-CHOICE (855- 552-4642). También puede llamar después del horario de atención y su solicitud será entregada a su Administrador de atención el siguiente día hábil. Su administrador de atención consultará con su médico según sea necesario para garantizar que reciba los servicios médicamente necesarios. Si estamos de acuerdo con su solicitud, cambiaremos su PCSP para reflejar esta decisión.

Si no está satisfecho con la prestación de servicios de un proveedor o el acceso al servicio, puede utilizar el proceso interno de reclamos y apelaciones que se describe en la sección titulada Proceso de reclamos y apelaciones de los miembros. (Consulte la página 32).

Hay algunos servicios cubiertos que no requieren autorización previa. Estos servicios preaprobados corresponden al cuidado dental de rutina y el cuidado de los pies (podiatría), optometría y exámenes de audiología como se detalla arriba. Si nos entrega una notificación anticipada de la recepción de estos servicios, podemos organizar su transporte. En cualquier caso, le solicitamos que nos comunique la recepción de los servicios dentro de dos días hábiles posteriores a la recepción del servicio para que pueda incluirse en su PCSP.

Salvo cuando no se requiera aprobación previa, si se obtiene un servicio cubierto sin una aprobación previa de Hamaspik CHOICE, ni Medicaid ni Hamaspik CHOICE, serán responsables del pago. Es muy importante que discuta con su administrador de atención todos los servicios que cree que son necesarios en su PCSP.

Cuidado de urgencia

Si necesita atención de urgencia, llame a su doctor. La atención de urgencia corresponde a cualquier servicio que sea médicamente necesario para prevenir un deterioro grave en su salud como resultado de una enfermedad o lesión imprevista, cuando debe ser atendido antes de lo que se puede programar una visita médica de rutina.

Háganos saber lo antes posible que ha solicitado atención de urgencia para que podamos realizar los cambios necesarios en su PCSP.

Cuidado de urgencia

Servicios de emergencia se refiere a los servicios médicamente necesarios que se requieren para evaluar y estabilizar una condición médica de emergencia. Una condición de emergencia significa que usted tiene una condición médica o de comportamiento, cuyo inicio es repentino, que se manifiesta por síntomas de suficiente gravedad, incluido dolor intenso, que una lea prudente, que posee un conocimiento promedio de medicina y salud, podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata podría: (1) puede poner su salud en grave peligro o, en el caso de una condición conductual, poner su salud o la de otras personas en grave peligro; (2) perjudicar gravemente sus funciones corporales; (3) provocar una disfunción grave de cualquier órgano del cuerpo o parte de usted; o (4) desfigurarle seriamente.

No está obligado a obtener la aprobación previa de Hamaspik CHOICE para el tratamiento de afecciones médicas de emergencia. Si requiere Servicios de emergencia, llame al 911 de inmediato. Escuche las preguntas cuidadosamente, responda sus preguntas y siga cualquier instrucción que le hayan dado. Si el despachador determina que usted tiene una emergencia médica, dispondrán de una ambulancia para trasladarlo a la sala de emergencias del hospital más cercano.

En caso de estar hospitalizado, es importante que usted, un familiar o un amigo llame a su administrador de atención de Hamaspik CHOICE tan pronto como sea posible. (Llámenos al: 1-855-55-CHOICE). Nuestro personal reorganizará cualquier servicio programado que pueda perder durante este tiempo, y su administrador de atención comenzará a realizar los cambios necesarios en su PCSP. Cuando le den de alta del hospital, le ayudaremos a evitar cualquier brecha innecesaria en los servicios que necesita. Su administrador de atención también revisará su PCSP y autorizará cualquier servicio nuevo que pueda requerirse al momento del alta.

Obtener ayuda durante horas no comerciales

Siempre lo alentamos a que llame a su Gerente de atención para recibir asistencia. Su Gerente de atención lo conoce mejor a usted y sus necesidades. Sin embargo, si tiene alguna pregunta urgente o necesita asistencia fuera del horario de oficina o durante los fines de semana o días festivos, solo llámenos al número gratuito de atención las 24 horas - 855-552-4643 - y un representante de guardia lo ayudará.

Servicio fuera del área de servicio

Si tiene algún cambio en su estado de salud mientras se encuentra fuera de nuestra área de servicio, debe llamar a su Gerente de atención o al número general de Hamaspik CHOICE y pedir hablar con una enfermera. La enfermera le ayudará en la coordinación de los servicios que necesita.

Siempre que planee estar fuera del área, debe notificar a su Administrador de atención para que podamos ayudarlo a organizar los servicios que sean médicamente necesarios mientras esté fuera del área y podamos suspender su servicio programado regularmente hasta que regrese, y asegurarnos de que los servicios estén disponibles a su regreso cuando los necesite. Usted no puede ausentarse del área de servicio por más de 30 días consecutivos y continuar su inscripción en Hamaspik CHOICE. Se nos exige que iniciemos el proceso de cancelación involuntaria de la inscripción cuando se encuentre ausente por más de 30 días consecutivos (consulte la sección sobre Término de la cobertura).

Servicios médicos no cubiertos por nuestro plan

Hay algunos servicios de Medicaid que Hamaspik CHOICE no cubre, pero que podrían tener cobertura por Medicaid regular. Puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid utilizando su Tarjeta de Beneficios de Medicaid. Llame a Servicios para Miembros al 855-552-4642, si tiene alguna pregunta con respecto a si un beneficio está cubierto por Hamaspik CHOICE o Medicaid. Su administrador de atención puede coordinar estos servicios no cubiertos por usted.

Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid mediante su Tarjeta de Beneficios de Medicaid incluyen:

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

Ciertos Servicios de Salud Mental, incluyen:

- Tratamiento de Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva
- Tratamiento Diurno
- Gestión de Caso para Personas Gravemente Enfermas o con Enfermedad Mental Persistente
(patrocinado por unidades de salud mental locales o estatales)

- Atención Parcial de Hospital no Cubierta por Medicare
- Servicios de Rehabilitación para personas en hogares comunitarios o en tratamiento familiar
- Tratamiento Diurno Continuo
- Tratamiento Comunitario Asertivo
- Servicios Orientados a la Recuperación Personal

Ciertos servicios de retraso mental y discapacidades del desarrollo, incluidos:

- Terapias de largo plazo
- Tratamiento Diurno
- Coordinación de servicio de Medicaid
- Servicios Recibidos bajo la exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad

Otros Servicios de Medicaid, incluidos:

- Tratamiento con Metadona
- Terapia Observada Directa para la Tuberculosis (TB)
- Gestión de Casos COBRA para VIH
- Terapia de Conversión o Reparativa
- Planificación familiar

Servicios No Cubiertos por Hamaspik CHOICE o Medicaid

Debe pagar por los servicios que no están cubiertos por Hamaspik CHOICE o por Medicaid, si su proveedor le informa con anticipación que estos servicios no están cubiertos, Y usted acepta pagarlos. Algunos ejemplos de servicios no cubiertos por Hamaspik CHOICE o Medicaid son:

- Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria
- Artículos personales y de comodidad
- Tratamiento de infertilidad
- Servicios de un Proveedor que no sea parte del plan
(a menos que Hamaspik CHOICE lo envíe a ese proveedor)

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 855-552-4642.

Selección de proveedores

Para servicios cubiertos, Hamaspik CHOICE tiene una red de proveedores que brindan atención de alta calidad y están comprometidos con la misión de Hamaspik CHOICE de ayudarlo a ser lo más independiente posible. Se le entrega una lista de proveedores de Hamaspik CHOICE en la evaluación inicial y se le envía por correo anualmente. El Directorio de Proveedores de Hamaspik CHOICE se publica en el sitio web de Hamaspik CHOICE, www.hamaspikchoice.org. El Directorio de Proveedores se actualiza con todos los nuevos proveedores de manera mensual. Además, se puede enviar el Directorio de Proveedores por correo, previa solicitud, a su administrador de atención.

Si desea cambiar de proveedor, llame a su administrador de atención, quien lo ayudará a identificar otro proveedor en nuestra red. Deseamos que esté satisfecho con los servicios que recibe. Si existen otros proveedores que usted querría incluir en nuestra red, háganoslo saber y exploraremos esta opción.

Hamaspik CHOICE se esfuerza por construir y mantener una red de proveedores que pueda brindar servicios de una manera culturalmente competente. Nuestra red de proveedores incluye organizaciones y personas que pueden trabajar con miembros que no hablan inglés y que provienen de diversos orígenes culturales y étnicos y creencias religiosas. Si Hamaspik CHOICE no tiene un proveedor en su red con la capacitación y la experiencia para satisfacer una necesidad de atención médica especializada incluida en su PCSP, aprobaremos los servicios de un proveedor fuera de nuestra red.

Si un proveedor de la red que usted está utilizando dejase de figurar en la red, se lo comunicaremos de inmediato y le ayudaremos a elegir otro proveedor de nuestra red. Si está en medio de un tratamiento, puede continuar con el proveedor por un período de hasta 90 días. Si es un miembro nuevo, puede continuar un tratamiento continuo con un proveedor fuera de la red por un período interino de hasta 60 días. En cualquier caso, se requiere el permiso de Hamaspik CHOICE y depende de la voluntad del proveedor de aceptar el pago de Hamaspik CHOICE y de cumplir con nuestras políticas y procedimientos.

Si necesita servicios de Medicare, tiene la libertad de elegir proveedores para estos servicios. Sin embargo, cuando Medicare deja de pagar por estos servicios, debe emplear un proveedor de la red para que Hamaspik CHOICE siga cubriendo el servicio. Los servicios no cubiertos por Hamaspik CHOICE continuarán su cobertura en virtud de Medicare o la tarifa por servicio de Medicaid. Es importante que usted lleve consigo su tarjeta de beneficios del plan, tarjetas de Medicare y Medicaid.

Gestión de cuidado

El programa de administración de atención de Hamaspik CHOICE garantiza que sus servicios se brinden de una manera que esté diseñada para satisfacer sus necesidades individuales y que esté adecuadamente coordinada. La administración de la atención significa un proceso que lo ayuda a acceder a los servicios cubiertos necesarios según se identifica en el Plan de servicio centrado en la persona (PCSP), descrito en la página siguiente. Los servicios de administración de la atención incluyen referencias, asistencia o coordinación de servicios para usted y control de sus servicios para asegurarse de que sean eficaces al momento de satisfacer sus necesidades.

La administración de la atención se enfoca en sus servicios médicos, sociales, educativos, psicosociales, financieros y de otro tipo que sean necesarios en apoyo del PCSP, independientemente de si los servicios necesarios están incluidos en el Paquete de beneficios. La gestión de la atención incluye personas, un sistema de información automatizado y políticas y procedimientos operativos que se han establecido para cumplir con los requisitos de las reglamentaciones estatales y federales, y nuestro programa ha sido aprobado por el Departamento de Salud.

Los Administradores de Atención de Hamaspik CHOICE se comprenden de personal que representa una gama de conocimientos y cuentan con los títulos pertinentes según sea necesario para satisfacer sus necesidades. Nuestro personal está entusiasmado de trabajar con miembros que no hablan inglés y que provienen de diversos orígenes culturales y étnicos y creencias religiosas. Si alguna vez no está satisfecho con su administrador de atención, puede solicitar un cambio y haremos todo lo posible para satisfacer su solicitud.

El programa de gestión de la atención incluye los siguientes componentes:

- Le ofrece un mínimo de un contacto telefónico para gestión de cuidado al mes
- Le ofrece un mínimo de una visita a domicilio para gestión de cuidado cada seis (6) meses
- Asegura que el nivel y el grado de administración de la atención, y su Plan de servicio centrado en la persona (PCSP) aborden sus necesidades y se basen en la agudeza y gravedad de sus afecciones físicas y mentales;
- Supervisa su plan de atención para asegurarse de que está recibiendo los servicios que están incluidos y para asegurarse de que los servicios satisfagan sus necesidades;
- Le informa, según corresponda, sobre los Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor.

- Lo educa sobre las opciones de servicio al crear el Plan de atención con usted después de la evaluación inicial y las visitas de reevaluación.
- Cuenta con un tiempo de respuesta máximo de dos días hábiles para los contactos de afiliado/miembro.
- Puede acceder al personal de administración de atención de Hamaspik CHOICE, las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año llamando al (855) 552-4642 en cualquier momento, para solicitar información o servicios de consulta de emergencia.

Plan de servicio centrado en la persona (PCSP)

La planificación de servicios centrada en la persona es una parte importante de la gestión de la atención. Cada miembro de Hamaspik CHOICE tiene un Plan de servicio centrado en la persona particular, que consiste en su plan de atención por escrito que describe sus necesidades y objetivos de salud y atención a largo plazo e incluye todos los servicios autorizados para satisfacer sus necesidades. La planificación de servicios centrada en la persona incluye la consideración de sus necesidades y antecedentes médicos y psicosociales actuales y únicos, así como su nivel funcional y sistemas de apoyo.

Al desarrollar su PCSP, su administrador de atención hablará con usted sobre sus objetivos y sus necesidades, así como sobre sus preferencias sobre cómo desea recibir sus servicios. Su administrador de atención también puede hablar con su familia u otros cuidadores y con su médico al desarrollar su PCSP. Si hay personas específicas con las que desee consultar su administrador de atención, hágaselo saber. Su plan de atención se desarrollará dentro de los quince (15) días posteriores a la inscripción o cada reevaluación. Su administrador de atención le pedirá que firme su plan de atención y recibirá una copia para sus registros.

Autorizaciones de servicio

Su PCSP es la base de los servicios autorizados para usted. Ofreceremos cobertura a servicios que sean médicamente necesarios. Esto implica servicios que usted requiera para prevenir, diagnosticar, corregir o curar afecciones que causen sufrimiento o dolor agudo, den como resultado una enfermedad o dolencia, interfieran con su capacidad para la actividad normal o amenacen con provocar algún impedimento significativo.

Si desea recibir un nuevo servicio cubierto no incluido en su PCSP actual, o si desea cambiar la cantidad, la frecuencia o la duración de un servicio cubierto que recibe actualmente, se requiere aprobación previa. Se requiere una autorización previa cuando solicita un nuevo servicio o un cambio en el servicio por un nuevo período de autorización. Se requiere una revisión concurrente cuando solicita más del mismo servicio con relación al que está autorizado actualmente por su PCSP.

También puede solicitar una revisión acelerada, lo que significa que obtendrá una respuesta rápida a su solicitud. Sin embargo, la determinación sobre si la revisión se acelerará depende de si Hamaspik CHOICE o su proveedor determinan que una demora podría poner en grave peligro su vida o su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar un máximo funcionamiento.

Para autorizaciones previas, las revisiones expeditas se gestionan en setenta y dos (72) horas de su petición. Las revisiones regulares se gestionan en 3 días hábiles luego de la recepción de información necesaria, aunque no más allá de 14 días a partir del momento en que usted reciba su solicitud.

Las revisiones regulares se gestionan en 1 día hábil luego de la recepción de la información necesaria, aunque no más allá de setenta y dos (72) horas a partir del momento en que usted reciba su solicitud. Las revisiones regulares se gestionan en 3 días hábiles luego de la recepción de información necesaria, aunque no más allá de 14 días tras la recepción de la solicitud.

En el caso de una solicitud de servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicaid después de una admisión como paciente internado, debemos tomar nuestra decisión dentro de un (1) día hábil después de recibir la información necesaria (excepto cuando el día posterior a la solicitud de servicios cae en un fin de semana o día festivo), setenta y dos (72) horas después de recibir la información necesaria; pero en cualquier caso, no más de tres (3) días hábiles después de la recepción de la solicitud de servicios.

Los períodos de revisión pueden aumentarse hasta 14 días si usted o su proveedor lo solicitan o si necesitamos más información y la demora lo beneficia. Si no está de acuerdo con la extensión, puede presentar una queja ante Hamaspik CHOICE o ante el DOH.

Si usted no está satisfecho con la decisión que tomemos, puede apelar a esta. Consulte la sección sobre Apelaciones en este Manual para miembros para obtener más información.

Término de cobertura

Su cobertura en virtud de Hamaspik CHOICE se detendrá si usted elige cancelar su suscripción voluntariamente o si se le desvincula de manera involuntaria. Hasta que su cancelación de suscripción sea efectiva, usted permanecerá como miembro de Hamaspik CHOICE. Esto implica que usted debe continuar con su PCSP ya acordado, seguir obteniendo aprobación previa para los servicios cubiertos y seguir utilizando proveedores de la red para dichos servicios cubiertos. Hamaspik CHOICE seguirá cubriendo servicios en su PCSP hasta que la cancelación de suscripción se haya hecho efectiva y le ayudará en su transición a otros acuerdos de atención. Usted podría no ser desvinculado debido a haber tenido un cambio adverso en su salud o debido al costo de la entrega de servicios.

Si decide que quisiera cancelar su suscripción a Hamaspik CHOICE, usted puede comenzar el proceso en cualquier momento indicándolo de forma verbal o por escrito. Usted debería discutir su voluntad con su Gestor de Atención. Se le pedirá firmar un Formulario de cancelación de suscripción que indicará la fecha en la cual dejará de tener derecho a recibir servicios a través de Hamaspik CHOICE. Si New York Medicaid Choice/LDSS procesan su solicitud durante el día veinte del mes, la fecha efectiva de su cancelación de suscripción corresponderá al primer día del mes siguiente. Si fuese una instancia ulterior al día veinte del mes, la fecha efectiva de cancelación de suscripción corresponderá al primer día del segundo mes luego de la solicitud de cancelación de suscripción.

Si, luego de la inscripción en Hamaspik CHOICE, usted se inscribe o recibe servicios de otro plan de prepago de Medicaid, un programa de exención de HCBS, o un programa de gestión de tratamiento de día OPWDD, esto se considerará como una cancelación de suscripción voluntaria.

Si decide desvincularse de Hamaspik CHOICE, y usted continúa requiriendo servicios de atención a largo plazo, como cuidado personal, usted deberá inscribirse en otro plan MLTC, plan de cuidado gestionado o un servicio alternativo para continuar recibiendo estos servicios.

Desvinculación involuntaria

Hamaspik CHOICE debe iniciar la cancelación involuntaria de la inscripción dentro de cinco días hábiles a partir de la fecha en que sepamos que cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a usted:

- Usted ya no vive en el área de servicios;
- Usted se ausenta del área de servicio por más de 30 días consecutivos.
- Usted es hospitalizado o ingresa en un programa residencial OMH, OPWDD o OASAS por 45 días consecutivos o más.

- Usted requiere clínicamente de atención a domicilio, pero no es elegible para tal servicio conforme a las normativas de Medicaid Institutional.
- Usted ya no es elegible para recibir beneficios de Medicaid.
- Un afiliado cuyo único servicio se identifica como Atención social de día debe ser evaluado y recomendado para cancelar su inscripción en el plan MLTC dentro de los cinco días hábiles de la evaluación que haya tomado dicha determinación.
- Se le evalúa como alguien que ya no demuestra una necesidad clínica o funcional para servicios de cuidado a largo plazo basados en la comunidad. Además, para los miembros elegibles no duales (personas sin beneficios de Medicare), usted debe cancelar su inscripción si ya no cumple con el nivel de atención en residencia de ancianos según lo determinado utilizando la herramienta de evaluación recetada por el Departamento de Salud.
- Ya no necesita ni recibe servicios de atención a largo plazo en cada mes calendario. Estos servicios incluyen: servicios de enfermería, terapias de rehabilitación, asistencia de salud en el hogar o servicio de cuidado personal en casa, atención sanitaria de día para adultos, enfermería privada o Servicios de Asistencia Personal Avocados al Consumidor (CDPAS).
- Está en prisión. La fecha efectiva de cancelación de suscripción correspondería al primer día del mes luego del encarcelamiento.
- Usted entrega información falsa a Hamaspik CHOICE, nos engaña, o incurre en una conducta fraudulenta asociada a su membresía con Hamaspik CHOICE.

Hamaspik CHOICE también podría desvincularle si alguna de las siguientes aplica:

- Usted, su familia u otros en su entorno directo participan de una conducta que ponga en riesgo su salud o seguridad o la seguridad de los demás.
- No logra pagar o cerrar acuerdos satisfactorios para pagar por la cantidad de reducción de gastos/superávit adeudado a Hamaspik CHOICE luego de un período de gracia de treinta días.

Cualquier desvinculación involuntaria requiere aprobación de LDSS o de New York Medicaid Choice. Si tiene aprobación, LDSS o New York Medicaid Choice le notificarán por escrito la fecha efectiva de su desvinculación y sus derechos de audiencia imparcial.

Reducción de gastos de Medicaid

El monto por reducción de gastos debe pagar a Hamaspik CHOICE depende de la determinación hecha por Medicaid. Cuando el LDSS revisa su estado financiero con el fin de determinar su elegibilidad para Medicaid, puede determinar que debe "gastar" una parte de su ingreso mensual para cumplir con los requisitos de ingresos para la elegibilidad de Medicaid. Si Medicaid determina que debe "gastar" una cierta cantidad, debe pagar esta cantidad a Hamaspik CHOICE todos los meses. LDSS le informará a usted y a nosotros sobre el monto exacto de su "reducción de gastos" que debe pagarnos cada mes.

Si Medicaid determina que no tiene ninguna obligación de reducción de gastos, entonces no deberá pagar nada a Hamaspik CHOICE cada mes.

La cantidad que debe "gastar" o pagar directamente a Hamaspik CHOICE puede cambiar con su proceso periódico de certificación de elegibilidad de Medicaid o con la admisión en un Centro de enfermería.

Si tiene un gasto reducido, esa cantidad debe pagarse el primer día de cada mes a partir del mes de inscripción. Le rogamos redactar la orden de pago a nombre de Hamaspik CHOICE, Inc., y enviarla a:

58 Route 59, Suite #1
Monsey, NY 10952

Si tiene un problema para cumplir con esta responsabilidad, es importante que discuta la situación con nuestro representante designado de reducción de gastos. Si no paga el monto de su gasto dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento, le notificaremos por escrito los atrasos en el pago. Tenemos el derecho de cancelar su inscripción en el programa de manera involuntaria por no haber realizado los pagos debidos.

Protección de veteranos

Actualmente no existen hogares de veteranos accesibles que operen dentro del área de servicio de Hamaspik CHOICE. Si un afiliado aplicable desea recibir atención de un hogar de veteranos, Hamaspik CHOICE permitirá que el afiliado acceda a los servicios en el hogar de veteranos y pagará fuera de la red hasta que el afiliado se haya transferido a un Plan MLTC con un hogar para veteranos dentro de la red.

Competencia Lingüística y Cultural

Hamaspik CHOICE honra sus creencias y es sensible a la diversidad cultural. Respetamos su cultura e identidad cultural y trabajamos para eliminar las disparidades culturales. Mantenemos una red de proveedores inclusiva y culturalmente competente y promovemos y aseguramos la entrega de servicios de una manera culturalmente apropiada para todos los miembros. Esto incluye, pero no se limita a, aquellos con habilidades limitadas en inglés, diversos antecedentes culturales y étnicos y diversas comunidades religiosas.

Derechos y responsabilidades

Como miembro de Hamaspik CHOICE, usted tiene derecho a:

- Recibir atención cuando sea médicamente necesario;
- Acceso oportuno a cuidado y servicios;
- Tener privacidad con respecto a su expediente médico y al conseguir tratamiento;
- Obtener información acerca de las opciones de tratamiento disponibles y alternativas presentadas de una manera y con un lenguaje comprensible;
- Obtener información en un idioma que entienda - usted puede recibir servicios de traducción verbal sin cargo alguno.
- Obtener información necesaria para entregar un consentimiento informado antes del inicio del tratamiento);
- Recibir un trato respetuoso y con la debida consideración respecto a su dignidad;
- Obtener una copia de sus expedientes médicos y solicitar que los registros sean modificados o corregidos;
- Formar parte de las decisiones con respecto a su atención de salud, incluido el derecho a rechazar tratamiento;
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento empleado como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia;
- Recibir tratamiento independiente del sexo, (incluida la identidad de género y estado de ser transgénero), raza, condición de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión;
- Recibir información respecto a dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de nuestra parte, incluso cómo obtener los beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red

en caso de no estar disponibles en nuestra red;

- Departamento de Salud del Estado de Nueva York
Departamento Local de Servicios Sociales y el derecho de utilizar el
Sistema de Audiencia Imparcial del Estado de New York o una Apelación
Externa del Estado de New York,
cuando corresponda;

- Designar a alguien para que hable por usted o en su nombre en lo referente a su atención y tratamiento;
- Buscar la asistencia del programa Participant Ombudsman.
- Dar instrucciones anticipadas y realizar planes respecto a su atención. (Consulte la página 51 para obtener detalles respecto a las Instrucciones anticipadas).

Su capacidad de ejercer estos derechos no afectará adversamente la forma en que se le trata.

Como miembro de Hamaspik CHOICE, usted tiene la responsabilidad de:

- Recibir servicios cubiertos a través de Hamaspik CHOICE;
- Utilizar los proveedores de la red de Hamaspik CHOICE para servicios cubiertos;
- Obtener autorización previa para servicios cubiertos, excepto para servicios preaprobados. Consulte el servicio específico en la sección Paquete de beneficios de este manual para averiguar si un servicio específico requiere aprobación previa;
- Ser revisado/a por un médico si se presenta un cambio en su condición de salud;
- Compartir su información de salud completa y precisa con sus proveedores de atención médica;
- Informar al personal de Hamaspik CHOICE sobre cualquier cambio en su salud e indicarnos si no comprende o no puede seguir las instrucciones;
- Seguir su PCSP recomendado por el personal de Hamaspik CHOICE;
- Cooperar y ser respetuoso con el personal de Hamaspik CHOICE y no discriminar personal de Hamaspik CHOICE en función de la raza, color, nacionalidad, mental o capacidad física (además de la elegibilidad física obligatoria para el programa), religión, edad, sexo, orientación sexual o estado civil;
- Notificar a Hamaspik CHOICE dentro de 2 días hábiles antes de recibir servicios no cubiertos o servicios cubiertos preaprobados. Preferimos que nos notifique antes de la recepción de servicios, aunque no después de 2

días luego de dicha recepción.

- Notificar a Hamaspik Choice con antelación siempre que no se encuentre en casa para recibir un servicio o atención que se hayan dispuesto para usted;
- informar a Hamaspik CHOICE antes del traslado permanente del área de servicio o respecto a cualquier ausencia del área de servicio;
- Asumir responsabilidad por sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de su proveedor; y
- Pagar sus obligaciones financieras, si hubiese.

Reclamo de miembro y proceso de

Hamaspik Choice hará todo lo posible para resolver sus inquietudes o problemas lo más rápido posible para su satisfacción. Puede utilizar nuestro proceso de quejas o nuestro proceso de apelación, según el tipo de problema que tenga.

No habrá cambios en sus servicios o en la forma en que lo tratan los empleados de Hamaspik Choice o un proveedor de atención médica a causa de que usted presente una queja o una apelación. Mantendremos su privacidad. Le brindaremos la ayuda que necesite para presentar una queja o apelación. Esto incluye proporcionarle servicios de intérprete o ayuda si tiene problemas de visión y/o audición. Puede elegir a alguien (como un familiar, amigo o proveedor) para que actúe en su nombre.

Para presentar una queja o para apelar una acción del plan, llame a: 855-552- 4642. O escriba a: Hamaspik CHOICE, 58 Route 59 Suite 1, Monsey, NY 10952.

Cuando se comunique con nosotros, deberá proporcionarnos su nombre, dirección, número de teléfono y los detalles del problema.

¿Qué es un Reclamo?

Una queja es cualquier comunicación que usted nos envíe sobre insatisfacción con respecto a la atención y el tratamiento que recibe de nuestro personal o proveedores de servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien fue grosero con usted o si no le gusta la calidad de la atención o los servicios que ha recibido de nosotros, puede presentar una queja ante nosotros.

El proceso de reclamo

Usted puede presentar un reclamo de forma oral o por escrito ante nosotros. La persona que reciba su queja la registrará, y el personal del plan apropiado supervisará la revisión de la queja. Le enviaremos una carta que indique la recepción de su reclamo y una descripción de nuestro proceso de revisión. Revisaremos su queja y le daremos una respuesta por escrito dentro de uno de los dos plazos.

1. Si un retraso supone un aumento significativo del riesgo para su salud, decidiremos dentro de 48 horas posteriores a la recepción de la información necesaria, pero el proceso se completará dentro de los 7 días posteriores a la recepción de la queja.
2. Para todos los demás tipos de quejas, le notificaremos nuestra decisión dentro de 45 días posteriores a la recepción de la información necesaria, pero el proceso debe completarse dentro de 60 días posteriores a la recepción de la

queja.

Nuestra respuesta describirá lo que encontramos cuando revisamos su queja y nuestra decisión sobre su reclamo.

¿Cómo apelo a una decisión sobre un reclamo?

Si no está satisfecho con la decisión que tomamos respecto a su queja, puede solicitar una segunda revisión de su problema presentando una apelación de reclamo. Usted debe presentar una apelación de reclamo por escrito. Debe presentarse dentro de los 60 días hábiles posteriores a la recepción de nuestra decisión inicial sobre su queja. Una vez que recibamos su apelación, le enviaremos un acuse de recibo por escrito en el que se le indicará el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona designada para responder a su apelación. Todas las apelaciones de quejas serán dirigidas por profesionales apropiados, incluidos los profesionales de atención médica para las quejas relacionadas con asuntos clínicos, quienes no participaron de la decisión inicial.

Para las apelaciones estándar, tomaremos la decisión de la apelación dentro de 130 días hábiles posteriores a la recepción de toda la información necesaria para tomar nuestra decisión. Si un retraso en la toma de nuestra decisión llegase a suponer un riesgo significativo para su salud, utilizaremos el proceso de apelación de quejas acelerado. Para apelaciones de quejas expeditas, tomaremos nuestra decisión de apelación dentro de 2 días hábiles posteriores a la recepción de la información necesaria. Para las apelaciones de reclamos regulares y expeditas, le proporcionaremos una notificación por escrito de nuestra decisión. La notificación incluirá los motivos detallados de nuestra decisión y, en casos que contemplen asuntos clínicos, el fundamento clínico de nuestra decisión.

¿Qué es una Acción?

Cuando Hamaspik Choice rechace o limite los servicios solicitados por usted o su proveedor; rechace una solicitud de referencia; decida que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; restrinja, reduzca, suspenda o cancele los servicios que ya autorizamos; rechace el pago por los servicios; no proporcione servicios oportunos; o no realice determinaciones respecto a quejas o apelaciones dentro de los marcos de tiempo estipulados, estos se consideran “acciones” del plan. Una acción está sujeta a apelación. (Consulte la sección ¿Cómo presento una apelación a una acción? a continuación para obtener más información).

Plazo para notificación de acción

Si decidimos rechazar o restringir los servicios que solicitó o si decide no pagar la totalidad o parte de 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 que tengamos la intención de cambiar el servicio.

Contenidos de la notificación de acción

Cualquier notificación que le enviemos respecto a una acción incluirá:

- Una explicación a la acción emprendida o que pretendemos tomar;
- Una mención a las razones de la acción, incluido el fundamento clínico, si hubiera;
- Una descripción de su derecho a presentar una apelación ante nosotros (incluido si tiene o no el derecho al proceso de apelación externa del Estado);
- Una descripción de cómo presentar una apelación interna y las circunstancias bajo las cuales usted puede solicitar que aceleremos (expeditar) nuestra revisión de su apelación interna;
- Una descripción de la disponibilidad de los criterios de revisión clínica que se contempló para tomar la decisión, si la acción involucró aspectos de necesidad médica o si el tratamiento o servicio en cuestión fue experimental o de carácter investigativo;
- Describa la información, si existe, que debe ser proporcionada por usted o su proveedor para que nosotros presentemos nuestra decisión respecto a su apelación.

La notificación también le informará sobre su derecho a una apelación y a una Audiencia Imparcial Estatal. La notificación:

- Le explicará la diferencia entre una apelación y una Audiencia imparcial;
- Dirá que debe presentar una apelación antes de solicitar una Audiencia imparcial; y
- Le explicará cómo solicitar una apelación.

Si hemos de restringir, reducir, suspender o dar término a un servicio autorizado, el aviso también le informará sobre su derecho a que continúen los servicios mientras decidimos sobre su apelación; cómo solicitar que se continúen los servicios; y las circunstancias en las que podría tener que pagar por los servicios si continúan mientras se realizaba la revisión de su apelación.

¿Cómo presento una apelación a una acción?

Si no está de acuerdo con una acción que hayamos emprendido, usted puede apelar. Cuando presente una apelación, significa que debemos volver a revisar el motivo de nuestra acción para decidir si estuvimos en lo correcto. Usted puede presentar una apelación a una acción con el plan de forma oral o por escrito. Cuando el plan le envía una carta sobre una acción que está tomando (como negar o limitar los servicios, o no pagar los servicios), debe presentar su solicitud de apelación dentro de 60 días posteriores a la fecha de nuestra carta que le notifica la acción. Si estamos reduciendo, suspendiendo o

terminando un servicio autorizado y desea que sus servicios continúen mientras se decide su apelación, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días posteriores a la fecha del aviso o la fecha de vigencia prevista de la acción propuesta, si esta es posterior.

¿Cómo contacto a mi plan para presentar una apelación?

Puede contactarnos llamando al: 855-552-4642. O puede enviar su apelación por escrito a:

Hamaspik CHOICE
58 Route 59, Suite #1
Monsey, NY 10952.

La persona que reciba su apelación la registrará, y el personal del plan apropiado supervisará la revisión de la apelación. Le enviaremos una carta informándole que hemos recibido su apelación e incluiremos una copia del archivo de su caso que incluya los registros médicos y otros documentos utilizados para tomar la decisión original. Su apelación será revisada por personal clínico capacitado que no estuvo involucrado en la decisión o acción inicial del plan que está apelando.

Para algunas acciones puede solicitar continuar el servicio durante el proceso de apelación

Si está apelando a una restricción, reducción, suspensión o terminación de los servicios que actualmente está autorizado a recibir, puede solicitar la continuación de estos servicios mientras se decide su apelación. Debemos continuar su servicio si realiza su solicitud a más tardar 10 días después de la fecha que figura en el aviso sobre la restricción, reducción, suspensión o finalización de los servicios o la fecha de entrada en vigor prevista de la acción propuesta, cualquiera que sea posterior.

Sus servicios continuarán hasta que retire la apelación, o hasta 10 días después de que le enviemos su notificación sobre nuestra decisión de apelación, si nuestra decisión no es a su favor, a menos que haya solicitado una Audiencia imparcial de Medicaid del estado de Nueva York con la continuación de los servicios. (Consulte la sección Audiencia imparcial más adelante).

Si bien puede solicitar una continuación de los servicios mientras se revisa su apelación, si la apelación no se decide a su favor, es posible que le solicitemos que pague estos servicios, si se brindaron solo porque solicitó continuar recibiendo los servicios mientras su caso estaba bajo revisión.

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

A menos que solicite una revisión expedita, revisaremos su apelación de la acción tomada por nosotros como una apelación estándar y le enviaremos una decisión por escrito tan

pronto como lo requiera su estado de salud, pero a más tardar 30 días a partir del día en que recibamos una apelación. (El período de revisión puede aumentarse hasta 14 días si usted solicita una extensión o necesitamos más información y la demora lo beneficia). Durante nuestra revisión, usted tendrá una oportunidad de presentar su caso personalmente y por escrito. También tendrá la oportunidad de revisar cualquiera de sus registros que formen parte de la revisión de la apelación.

Le enviaremos un aviso sobre la decisión que tomemos respecto a su apelación que identificará la decisión que determinemos y la fecha en que tomamos dicha decisión.

Si revocamos nuestra decisión de rechazar o limitar los servicios solicitados, o restringir, reducir, suspender o cancelar los servicios y estos no fueron proporcionados mientras su apelación estaba pendiente, le proporcionaremos los servicios en disputa tan pronto como lo requiera su condición de salud. En algunos casos, usted puede solicitar una revisión “expedita”. (Consulte la sección Proceso de apelación expedita más adelante).

Proceso de apelación expedita

Siempre aceleraremos nuestra revisión si la apelación es sobre su solicitud por más de un servicio que ya esté recibiendo. Si usted o su proveedor sienten que tomarse el tiempo para una apelación estándar podría resultar en un problema grave para su salud o su vida, puede solicitar una revisión acelerada de su apelación a la acción. Le responderemos con nuestra decisión dentro de 72 horas. En ningún caso el tiempo para emitir nuestra decisión excederá las 72 horas después de la recepción de su apelación. (El período de revisión puede aumentarse hasta 14 días si usted solicita una extensión o necesitamos más información y la demora lo beneficia).

Si no estamos de acuerdo con su solicitud de acelerar su apelación, haremos todo lo posible para comunicarnos con usted personalmente para informarle que hemos rechazado su solicitud de apelación expedita y la trataremos como una apelación estándar. Además, le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión de rechazar su solicitud de apelación expedita dentro de 2 días posteriores a la recepción de su solicitud.

Si el plan rechaza mi apelación, ¿qué puedo hacer?

Si nuestra decisión respecto a su apelación no es totalmente a su favor, el aviso que reciba le explicará su derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid en el Estado de Nueva York y cómo obtener una audiencia imparcial, quién puede comparecer en la audiencia imparcial en su nombre, y para algunas apelaciones, su derecho a solicitar servicios mientras la Audiencia está pendiente y cómo realizar la solicitud.

Nota: Debe solicitar una Audiencia imparcial dentro de 120 días calendario posteriores a la fecha del Aviso de determinación adversa final.

Si rechazamos su apelación por cuestiones de necesidad médica o porque el servicio en

cuestión fue de carácter experimental o investigativo, el aviso también explicará cómo solicitar al Estado de Nueva York una "apelación externa" de nuestra decisión.

Audiencias imparciales estatales

Si no resolvemos la apelación totalmente a su favor, puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid en el estado de Nueva York dentro de 120 días posteriores a la fecha en que le enviamos el aviso sobre nuestra decisión sobre su apelación.

Si su apelación involucró la restricción, reducción, suspensión o finalización de los servicios autorizados que recibe actualmente y ha solicitado una Audiencia imparcial, continuará recibiendo estos servicios mientras espera la decisión de la Audiencia imparcial. Su solicitud para una audiencia imparcial debe realizarse dentro de los 10 días posteriores a la fecha en que nosotros enviamos la decisión de la apelación o antes de la fecha de vigencia prevista de nuestra acción para restringir, reducir, suspender o finalizar sus servicios, cualquiera que ocurra después.

Sus beneficios continuarán hasta que retire la audiencia imparcial; o el Oficial de audiencias imparciales del estado emita una decisión de audiencia que no esté a su favor, lo que ocurra primero

Si el Funcionario de Audiencias Imparciales del Estado revierte nuestra decisión, debemos asegurarnos de que reciba los servicios en disputa de inmediato y tan pronto como su condición de salud lo requiera, a más tardar 72 horas a partir de la fecha en que el plan reciba la decisión de la Audiencia Imparcial. Si recibió los servicios en disputa mientras su apelación estaba pendiente, seremos responsables del pago de los servicios cubiertos ordenados por el Funcionario de audiencias imparciales.

Aunque puede solicitar la continuación de los servicios mientras espera la decisión de su Audiencia imparcial, si su Audiencia imparcial no se resuelve a su favor, usted podría ser responsable de pagar los servicios que fueron objeto de la Audiencia imparcial.

Usted puede presentar una Audiencia imparcial estatal contactando a la Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidad:

- Formulario de solicitud en línea: <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- Envíe un Formulario de solicitud impreso por correo a:

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 un Formulario de solicitud impreso por fax a: (518) 473-6735
- Solicite por teléfono:
 - Línea de audiencia imparcial estándar – 1 (800) 342-3334
 - Línea de audiencia imparcial de emergencia – 1 (800) 205-0110
 - Línea TTY – 711 (pida al operador que llame al 1 (877) 502-6155)
- Solicitud en persona:

New York City

14 Boerum Place, 1st Floor
Brooklyn, New York 11201

Para más información respecto a cómo solicitar una Audiencia imparcial visite:
<http://otda.ny.gov/audiencia/solicitud/>

Apelaciones externas estatales

Si rechazamos su apelación porque determinamos que el servicio no es médicamente necesario o es experimental o de carácter investigativo, puede solicitar una apelación externa al estado de Nueva York. La apelación externa se decide por revisores que no trabajan para nosotros o el Estado de New York. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el Estado de New York. Usted no tiene que pagar por una apelación externa.

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

Su apelación externa se decidirá dentro de 30 días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta 5 días hábiles) si el revisor de la apelación externa solicita más información. El revisor le dirá a usted y a nosotros la decisión final dentro de dos días hábiles luego de tomar una decisión.

Usted puede obtener una decisión más expedita si su doctor indica que un retraso puede generar un daño grave a su salud. Esto se denomina apelación externa expedita. El revisor de la apelación externa decidirá respecto a una apelación expedita en 3 días o menos. El revisor le dirá a usted y a nosotros la decisión de inmediato por teléfono o fax. Más adelante, se enviará una carta que indique la decisión.

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

AUTORIZACIONES DE SERVICIO Y REQUERIMIENTO DE ACCIÓN

Definiciones

Revisión de Autorización Previa: Revisión de una solicitud por parte del Afiliado, o proveedor a nombre del Afiliado, para la cobertura de un nuevo servicio (ya sea para un nuevo período de autorización o dentro de un período de autorización existente) o una solicitud para cambiar un servicio según lo determinado en el plan de atención para un nuevo período de autorización, antes de que se proporcione dicho servicio al Afiliado.

Revisión Concurrente Revisión de una solicitud por parte de un Afiliado, o proveedor a nombre del Afiliado, para servicios adicionales (es decir, más de lo mismo) que actualmente están autorizados en el plan de atención o para servicios de atención médica domiciliaria cubiertos por Medicaid luego de una admisión como paciente internado.

Revisión expedita: Un afiliado debe recibir una revisión expedita de su Solicitud de Autorización de Servicio cuando el plan lo determina o un proveedor indica que una demora podría poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad del Afiliado para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima. El Afiliado podría solicitar una revisión expedita de una Autorización previa o una Revisión concurrente. Las apelaciones de acciones que resulten de una Revisión concurrente deben gestionarse como expeditas.

Disposiciones generales

Cualquier acción tomada por el Plan MLTC con respecto a la necesidad médica o los servicios experimentales o de carácter investigativo debe realizarla un revisor clínico, según lo definido en PHL §4900(2)(a).

Las determinaciones adversas, que no sean las relacionadas con la necesidad médica o los servicios experimentales o investigativos, deben ser realizadas por un profesional de la salud autorizado, certificado o registrado cuando dicha determinación se base en una evaluación del estado de salud del Afiliado o de la adecuación del nivel, cantidad o método de entrega de la atención. Este requisito se aplica a las determinaciones que rechacen las reclamaciones debido a que los servicios en cuestión no conforman un beneficio cubierto cuando la cobertura depende de una evaluación del estado de salud del afiliado, y a las Solicitudes de autorización del servicio, que incluyen, pero no se limitan a: los servicios incluidos en el Paquete de beneficios, referencias, y servicios fuera de la red.

El plan debe notificar a los miembros la disponibilidad de asistencia (por problemas de

idioma, audiencia, habla) si el miembro desea presentar una apelación y cómo acceder a esa asistencia.

Plazos para la determinación de autorización de servicio y notificación

1. Para solicitudes de Autorización previa, el Plan MLTC debe realizar una Determinación de Autorización de Servicio y notificar al Afiliado de la determinación por teléfono y por escrito tan rápido como lo requiera la condición del Afiliado y no más de:
 - a. Expedita: Setenta y dos (72) horas después del recibo de la Solicitud de Autorización de Servicio
 - b. Estándar: Catorce (14) días después del recibo de la petición para Solicitud de autorización de servicio.

2. Para solicitudes de Revisión recurrente, el Plan MLTC debe realizar una Determinación de Autorización de Servicio y notificar al Afiliado de la determinación por teléfono y por escrito tan rápido como lo requiera la condición del Afiliado y no más de:
 - a. Expedita: Setenta y dos (72) horas del recibo de la Solicitud de Autorización de Servicio
 - b. Estándar: Catorce (14) días del recibo de la Solicitud de Autorización de Servicio
 - c. En el caso de una solicitud de servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicaid después de una admisión como paciente internado, un (1) día hábil después de recibir la información necesaria; excepto cuando el día posterior a la Solicitud de Autorización de Servicios cae en un fin de semana o día festivo, luego, setenta y dos (72) horas después de recibir la información necesaria; pero en cualquier caso, no más de tres (3) días hábiles después de la recepción de la Servicios de Autorización de Servicios.

3. Se permite una extensión de hasta 14 días calendario en algunos casos. Una extensión puede ser solicitada por el Afiliado o el proveedor en su nombre (de forma escrito o verbal). El plan también puede iniciar una extensión si puede justificar la necesidad de información adicional y si la extensión es de interés para el Afiliado. En todos los casos, el motivo de la extensión debe documentarse debidamente.

El Plan MLTC debe notificar al afiliado de una extensión iniciada por el plan respecto al plazo límite de revisión de su solicitud de servicio. El Plan MLTC también debe explicar la razón del retraso, y cómo dicho retraso resulta beneficioso para el Afiliado. El Plan MLTC debe solicitar cualquier información adicional requerida para ayudar a tomar una determinación o redeterminación, y le ayudará al Afiliado al enumerar las fuentes potenciales de la información solicitada.

4. El Afiliado o proveedor podrían apelar a la decisión, (consulte la sección Procedimientos de apelación).
5. Si el plan rechazó la solicitud del Afiliado por una revisión expedita, el plan gestionará la revisión como estándar.

El Plan MLTC debe enviar una notificación al Afiliado si su solicitud de revisión expedita es denegada, y la solicitud de servicio del Afiliado se revisará en el plazo estándar.

Otros plazos para las notificaciones de acción

Cuando el Plan MLTC tiene la intención de restringir, reducir, suspender o cancelar un servicio previamente autorizado dentro de un período de autorización, ya sea como resultado de una Determinación de Autorización de Servicio u otra Acción, debe proporcionar al Afiliado una notificación por escrito al menos diez (10) días antes de la fecha efectiva de la Acción prevista, excepto cuando:

- el período de notificación por adelantado se acorta a cinco (5) días en casos de fraude confirmado del Afiliado; o
- el Plan MLTC puede enviar notificación por correo postal a no más tardar dentro de la fecha de la Acción para los siguientes:
 - la muerte del Afiliado;
 - una declaración escrita firmada del Afiliado que solicita la terminación del servicio o que proporciona información que requiere la terminación o la reducción de los servicios (cuando el Afiliado entiende que esto debe ser el resultado de proporcionar la información);
 - la admisión del Afiliado en una institución en donde el mismo
 - deja de ser elegible para recibir futuros servicios;
 - la dirección del Afiliado es desconocida y el correo dirigido al Afiliado se devuelve indicando que no hay una dirección de reenvío;
 - el Afiliado ha sido aceptado para servicios de Medicaid por otra jurisdicción; o el médico del Afiliado prescribe un cambio en el nivel de atención médica.

Para servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad (CBLTCS) o servicios de atención a largo plazo institucionales (ILTCS), cuando el Plan MLTC pretende reducir, suspender o cancelar un servicio previamente autorizado, o emitir una autorización por un período nuevo que sea menor en nivel o cantidad que lo autorizado previamente, debe proporcionar al Afiliado una notificación por escrito al menos diez (10) días antes de la fecha de vigencia de la Acción prevista, independientemente de la fecha de vencimiento del período de autorización original, excepto en las circunstancias descritas en 1 (a) o (b) antes mencionadas.

Para CBLTCS e ILTCS, cuando el Plan MLTC pretende reducir, suspender o cancelar un servicio previamente autorizado, o emitir una autorización para un nuevo período que sea

menor en nivel o cantidad que lo autorizado previamente, el Contratista no establecerá la fecha de vigencia de la acción para que caiga en un día no hábil, a menos que el Contratista proporcione cobertura telefónica "en vivo" disponible las veinticuatro (24) horas, los siete (7) días a la semana para aceptar y responder a las quejas, apelaciones de quejas y apelaciones de acciones.

El Plan MLTC debe enviar un aviso por escrito al Afiliado en la fecha de la Acción cuando dicha Acción corresponda a una denegación de pago, parcial o íntegramente.

Cuando el Plan MLTC no llega a una determinación dentro de los plazos de Determinación de Autorización de Servicio descritos en este Apéndice, se considera una Determinación Adversa, y el Plan MLTC debe enviar una notificación de Acción al Afiliado en la fecha en que expiran los plazos.

Contenidos de las notificaciones de acción

El Plan MLTC debe utilizar el modelo de aviso de Determinación Adversa Inicial de MLTC para todas las acciones, excepto para las acciones basadas en la intención de restringir el acceso a los proveedores en virtud del programa de restricción de destinatarios. Para las acciones basadas en la intención de restringir el acceso a los proveedores bajo el programa de restricción de destinatarios, el aviso de acción debe contener lo siguiente, según corresponda:

- la fecha de restricción comenzará;
- el efecto y alcance de la restricción;
- la razón de la restricción;
- el derecho a una apelación del receptor;
- las instrucciones para solicitar una apelación, incluido el derecho a recibir ayuda continua, si la solicitud se realiza antes de la fecha efectiva de la acción prevista, o 10 días después de que se enviaron los avisos, cualquiera sea posterior;
- el derecho del Plan MLTC para designar un proveedor principal para el receptor;
- el derecho del destinatario a seleccionar un proveedor primario dentro de las dos semanas de la fecha de la notificación de la intención de restringir, si el Plan MLTC le otorga al destinatario una selección limitada de proveedores principales;
- el derecho del receptor a solicitar un cambio de proveedor principal cada tres meses, o durante un momento previo por una buena causa;
- el derecho a una conferencia con el Plan MLTC para discutir la razón y el efecto de la restricción prevista;
- el derecho del destinatario a explicar y presentar la documentación ya sea en una conferencia o mediante envío, exhibiendo la necesidad médica de cualquier servicio citado como mal utilizado en el Paquete de información del destinatario;

- el nombre y número de teléfono de la persona de contacto para organizar una conferencia;
- el hecho de que una conferencia no suspende la fecha efectiva indicada en el anuncio de intención de restricción;
- el hecho de que la conferencia no se desarrolla o acorta el derecho del destinatario a una audiencia imparcial;
- el derecho del destinatario a examinar los archivos de su caso; y
- el derecho del destinatario a examinar los registros llevados por el Plan MLTC, los cuales pueden identificar servicios MA pagados a nombre del destinatario. Esta información se denomina generalmente como “detalle de reclamo” o información de “perfil de destinatario”.

Programa Participant Ombudsman

Participant Ombudsman es una organización independiente que ofrece servicios de mediación gratuitos para destinatarios con atención a largo plazo en el estado de New York denominada Red de Apoyo al Consumidor Independiente (ICAN, por sus siglas en inglés). Estos servicios incluyen, pero no se limitan necesariamente a:

- proporcionar apoyo previo a la inscripción, como asesoramiento sobre la elección imparcial del plan de salud e información general relacionada con el programa,
- compilar las quejas y preocupaciones de los afiliados sobre la inscripción, el acceso a los servicios y otros asuntos relacionados,
- ayudar a los inscritos a comprender los procesos y derechos de audiencia imparcial, reclamos y apelaciones dentro del plan de salud y a nivel estatal, y ayudarlos a través del proceso si es necesario/solicitado, incluida la solicitud de registros de los planes y proveedores, e
- Informar a los planes y proveedores sobre los recursos y apoyos basados en la comunidad que se pueden vincular con los beneficios cubiertos del plan.
- Puede contactar al Programa Participant Ombudsman (ICAN) en:

Teléfono de ICAN: 1-844-614-8800 TTY: 711

Web: www.icannys.org

Email: ican@cssny.org

También puede presentar un reclamo con el Departamento de Salud de NYS llamando al: 1-866-712-7197

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

Esta sección explicará los servicios y respaldos disponibles a través de Money Follows the Person (MFP)/Open Doors. MFP/Open Doors es un programa que puede ayudar a los afiliados a trasladarse de un asilo de ancianos de regreso a sus hogares o residencias dentro de la comunidad. Los afiliados puede calificar para MFP si ellos:

- Han vivido en un hogar de ancianos por tres meses o más
- Poseen necesidades de salud que pueden cumplirse mediante los servicios en su comunidad

MFP/Open Doors cuenta con personas, que se denominan Especialistas en Transición y Pares, que pueden reunirse con los afiliados en el asilo de ancianos y hablar con ellos sobre cómo reintegrarse a la comunidad. Los Especialistas en Transición y Pares son distintos de los Administradores de atención y Planificadores de alta médica. Ellos pueden ayudar a los afiliados:

- Dándoles información respecto a los servicios y respaldos en la comunidad
- Buscando servicios ofrecidos en la comunidad para ayudar a los afiliados a ser independientes
- Visitando o llamando a los afiliados después de su traslado para asegurarse de que tengan lo que necesitan en casa

Para obtener más información sobre MFP/Open Doors, o para obtener ayuda con la programación de una visita de un Especialista en transición o un Colega, llame a la Asociación de Vida Independiente de Nueva York al 844-545-7108. También puede visitar el sitio web de MFP/Open Doors en www.health.ny.gov/mfp o www.ilny.org.

Su Gerente de Atención de Hamaspik CHOICE también puede ayudarlo a programar una visita a un Especialista de transición o Colega. Puede contactar a su Gerente de Atención al 855-552-4642.

Instrucciones anticipadas

Las instrucciones anticipadas son instrucciones escritas referentes a su salud. Las instrucciones anticipadas se desarrollan por adultos antes de la pérdida de la capacidad para tomar decisiones. Las instrucciones anticipadas le permiten dar a conocer sus opciones y designar a alguien de confianza para que las lleve a cabo, o tomar decisiones si no puede hacerlo. Se aseguran de que sus solicitudes se cumplan en caso de que no pueda tomar decisiones por sí mismo.

Estos documentos pueden proporcionar instrucciones sobre qué atención desea que se le brinde en determinadas circunstancias, y/o pueden autorizar a un miembro de su familia o amigo en particular a tomar decisiones en su nombre. Es su derecho establecer instrucciones anticipadas según lo desee. Es muy importante que documente cómo desea que continúe su atención si ya no puede comunicarse con los proveedores de manera informada debido a una enfermedad o lesión.

La política de Hamaspik CHOICE es respaldar su derecho a participar en la toma de decisiones de atención médica. Hamaspik CHOICE lo alienta a usted, a sus familiares y a sus profesionales de la salud a hablar sobre los valores y las preferencias que deben guiar su toma de decisiones sobre la atención de la salud si no puede hacerlo usted mismo. Para los fines de esta política y procedimiento, las directivas anticipadas incluirán:

- Poder de atención médica
- Orden no hospitalaria de no resucitar (orden DNR)
- Testamento vital
- Orden médica para tratamiento para prolongar la vida (MOLST).

Hamaspik CHOICE respeta su derecho a elegir y, para garantizar la implementación de la política de protección de esos derechos, proporcionará los documentos y la orientación necesarios para permitirle desarrollar un plan adecuado.

Como parte del proceso de inscripción y antes de que se le brinde atención, la enfermera que lo inscribe le proporcionará los siguientes documentos:

- Decidir sobre el cuidado de la salud: una guía para pacientes y familiares
- Designación de su agente de atención médica - Ley de poderes del estado de Nueva York
- Formulario de Poder de atención médica
- Formulario de órdenes médicas para tratamiento para prolongar la vida

Su Gestor de atención de Hamaspik CHOICE le proporcionará educación respecto a las Instrucciones anticipadas. La educación se proporcionará tras su evaluación inicial, tras la

reevaluación y durante sus contactos telefónicos mensuales.

Esto incluye:

- Recibirá formación en cuanto a los beneficios de la ejecución de instrucciones anticipadas.
- Se le notificará de sus derechos con respecto a las directivas anticipadas.
- Se le proporcionarán documentos para ayudar en este proceso.
- Al programar la visita de evaluación inicial y la visita de reevaluación, Hamaspik Choice lo alentará a que presente a la familia, ya que es beneficioso que se incluya a la familia en la discusión con respecto a las Instrucciones anticipadas.
- Los formularios educativos del Poder de atención médica y los formularios MOLST se distribuirán durante la visita de evaluación inicial.
- Luego de la reevaluación, la enfermera asesora volverá a dar formación y revisará sus formularios educativos de poder de atención médica y los formularios MOLST.
- Se le preguntará si ha llevado a cabo alguna instrucción anticipada. La respuesta se anotará en su registro de miembro. Si tiene instrucciones anticipadas, se le solicitará proporcionar una copia. La copia se archivará en su registro.
- Si nos notifica que lleva un archivo con su médico, su administrador de atención se comunicará con su médico para obtener una copia de estos formularios para tenerlos archivados en Hamaspik CHOICE.
- Su Administrador de atención coordinará con el médico que esta se discuta en la próxima visita programa al médico de los miembros.
- Si expresa interés en las instrucciones anticipadas en su visita inicial o en la reevaluación, su Administrador de atención le brindará un seguimiento adicional de los formularios, ya sea con una llamada telefónica o en la visita domiciliaria, según se solicite. El seguimiento incluirá una discusión con usted y su familia sobre la importancia de los formularios y la coordinación con un médico para completar los formularios.
- Hamaspik CHOICE documentará y mantendrá un registro de los miembros que han recibido educación respecto a las Instrucciones anticipadas, hayan expresado interés en las Instrucciones anticipadas y hayan proporcionado una copia de sus Instrucciones anticipadas. La información reportada brindará a Hamaspik Choice la capacidad de continuar educando y brindando orientación a sus miembros sobre el tema referente a las instrucciones anticipadas.
- Hamaspik CHOICE puede proporcionar copias de las instrucciones anticipadas en archivo a los profesionales de la salud designados, previa solicitud.

Información adicional disponible a petición

Si lo solicita, usted podría recibir la siguiente información:

- Una lista de los nombres, direcciones comerciales y cargos oficiales de los miembros de la Junta Directiva y los funcionarios de Hamaspik CHOICE, Inc.
- Una copia de las declaraciones financieras certificadas anuales más recientes de Hamaspik CHOICE, Inc.
- Una copia de los procedimientos escritos de Hamaspik CHOICE para proteger la confidencialidad de los registros médicos y otros datos del miembro.
- Una copia de los procedimientos escritos de Hamaspik CHOICE para tomar una decisión respecto a la naturaleza investigativa o experimental de los dispositivos médicos o tratamientos en ensayos clínicos.
- Una copia de los procedimientos escritos de Hamaspik CHOICE para tomar decisiones de autorización de servicios.
- Una copia de los procedimientos escritos de Hamaspik CHOICE y los requisitos mínimos para que los proveedores de atención médica sean considerados para convertirse en proveedores participantes dentro de nuestra red.
- Una descripción por escrito de nuestros arreglos organizativos y procedimientos en curso para el programa de garantía de calidad.

Queremos obtener su opinión

Cada año, le pediremos su opinión sobre los servicios que recibe de los proveedores de nuestra red y le proporcionaremos comentarios confidenciales a los proveedores para mejorar los servicios. Cuando reciba esta encuesta, esperamos que participe. Su opinión es muy importante para nosotros.

Definiciones

Servicios cubiertos: Aquellos servicios médicos y relacionados con la salud que se enumeran en las páginas 4 a 6 en la sección titulada "Paquete de beneficios de servicio" que los miembros tienen derecho a recibir.

Servicios de Asistencia Personal Avocados al Consumidor ("CDPAS"): La prestación de asistencia total o parcial con servicios de cuidado personal, servicios de asistencia médica domiciliaria y tareas de enfermería especializada por parte de un asistente personal dirigido por el consumidor bajo la instrucción, supervisión y dirección del Miembro o el representante designado del Miembro. Los asistentes personales son contratados, capacitados y (si es necesario) despedidos por el miembro o representante designado. A los asistentes personales se les paga a través de un Intermediario Fiscal, que es una empresa que tiene un contrato con Hamaspik CHOICE para administrar los salarios y beneficios de estos trabajadores.

Condición médica de emergencia: Una condición médica o conductual, cuyo inicio es repentino, que se manifiesta por síntomas de gravedad suficiente, incluido dolor intenso, que un lego prudente, que posee un conocimiento promedio de medicina y salud, podría razonablemente esperar la ausencia de atención médica inmediata que dé lugar a: (a) la puesta en grave peligro de la salud de la persona afectada con tal condición; (b) deterioro grave de las funciones corporales de dicha persona; (c) disfunción grave de cualquiera de los órganos del cuerpo o parte de dicha persona; o (d) desfiguración grave de dicha persona.

Tarifa por servicio de Medicaid: El reembolso al proveedor tradicional en el que se paga al proveedor de acuerdo con el servicio realizado.

Hamaspik CHOICE: Hamaspik CHOICE es un Plan de atención a largo plazo controlado autorizado a operar en el estado de New York por el Departamento de Salud del Estado de New York. Hamaspik CHOICE, Inc. es la entidad que asume el riesgo financiero y la responsabilidad legal en virtud de un contrato con el Estado de Nueva York y los acuerdos de inscripción con sus miembros. Las partes relacionadas brindan algunos servicios a los miembros de Hamaspik CHOICE incluidos servicios de enfermería especializada, atención a largo plazo y servicios de salud diurna.

Desvinculación involuntaria: Cuando, en ciertas circunstancias específicas, su membresía en Hamaspik CHOICE pueda ser cancelada, incluso si no elige cancelar su inscripción.

Departamento Local de Servicios Sociales ("LDSS"): La agencia local que debe coincidir con las determinaciones tomadas por un Plan de atención administrada a largo plazo antes de que una persona se pueda inscribir o negar la inscripción en el programa, o se cancele su inscripción involuntariamente en el programa. Esta agencia también determina el monto de

reducción de gastos mensual adeudado por el miembro, si hubiese.

Servicios y Apoyos a Largo plazo (“LTSS”): Atención médica y servicios de apoyo brindados a personas de todas las edades con limitaciones funcionales o enfermedades crónicas, y que requieren asistencia con las actividades diarias de rutina, como bañarse, vestirse, preparar comidas y administrar medicamentos. LTSS se compone de varios servicios orientados en la comunidad, tales como servicios de salud en el hogar, enfermería privada, servicios de asistencia personal abocados al consumidor, programas de salud de atención diurna para adultos, servicios de atención personal y servicios institucionales, incluidos hogares de ancianos y centros de atención médica residencial.

Planes de Atención de Largo Plazo Controlada (“MLTC”): Programas diseñados para personas con enfermedades crónicas o discapacitadas que necesitan servicios médicos a nivel de atención de enfermería o que requieren servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad durante más de 120 días. Los programas deben ser aprobados por el estado de New York para operar, y recibir una tasa de pago predeterminada de Medicaid para proporcionar servicios cubiertos médicamente necesarios a sus miembros. Los programas MLTC asumen el riesgo financiero y la responsabilidad legal en virtud de un contrato con el Estado de Nueva York y los acuerdos de inscripción con sus miembros.

Médicamente necesario: Un servicio se considera médicamente necesario si es requerido para prevenir, diagnosticar, corregir o curar afecciones en un individuo que causan sufrimiento agudo, ponen en peligro la vida, causan enfermedad o malestar, interfieren con la capacidad del individuo para la actividad normal o amenazan con algún impedimento significativo.

Money Follows the Person (“MFP”): Un programa que forma parte de las iniciativas federales y estatales diseñadas para cambiar la forma en que se brindan los servicios de atención a largo plazo y promover la elección del consumidor. MFP está diseñado para agilizar el proceso de sacar a las personas vulnerables de las instituciones para su cuidado. Bajo el nombre Open Doors, el programa MFP financia Especialistas en transición y Apoyo entre pares para ayudar a las personas a realizar la transición fuera de las instituciones (como hogares de ancianos y centros de atención intermedia) y a entornos comunitarios calificados. Un entorno calificado puede ser una casa, un apartamento o un hogar grupal.

Proveedores de red: Los proveedores de servicios elegidos cuidadosamente por Hamaspik CHOICE y contratados para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de Hamaspik CHOICE.

Transporte médico no considerado de emergencia: Transporte en taxi o servicio de transporte, ambulancia o transporte público, al nivel apropiado según la condición del Miembro, para que el Miembro obtenga la atención y los servicios médicos necesarios reembolsados por Medicaid o Medicare.

Plan de servicio centrado en la persona (PCSP): Una descripción por escrito de los servicios, incluida la frecuencia, que se ha determinado que son médicamente necesarios, así como los servicios no cubiertos que puede estar recibiendo.

Orden de médico: Un documento escrito firmado por su médico que autoriza los servicios médicamente necesarios.

Aprobación previa: A excepción de ciertos Servicios Cubiertos preaprobados, todos los Servicios Cubiertos requieren el avance o la aprobación previa de Hamaspik CHOICE. Su administrador de atención revisará sus necesidades de atención médica y consultará con su médico para determinar aquellos Servicios cubiertos médicamente necesarios y autorizados en su PCSP.

Reducción de gastos: La cantidad determinada por Medicaid, si corresponde, que debe pagar a Hamaspik CHOICE cada mes para calificar para los beneficios de Medicaid y ser elegible para el programa Hamaspik CHOICE si su ingreso mensual excede el máximo permitido.

Telesalud: El uso de tecnologías de información electrónica y de comunicación de los proveedores de telesalud para brindar servicios de atención médica. Telesalud puede incluir la evaluación, diagnóstico, consulta, tratamiento, educación, gestión de la atención o autogestión de un Miembro. La telesalud no incluye la prestación de servicios de atención médica por medio de comunicaciones telefónicas de solo audio, máquinas de fax o mensajes electrónicos únicamente. Sin embargo, no se excluye el uso de estas tecnologías si se usan junto con otra tecnología de telemedicina o monitoreo remoto de pacientes.

Apéndice: Notificación de prácticas de privacidad

Esta notificación describe cómo la información médica sobre usted puede utilizarse y divulgarse y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor revísela detenidamente.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes formas:

Ayudar a gestionar el tratamiento de atención de salud que recibe

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con los profesionales que deban tratarle.

Ejemplo: Un doctor nos envía información acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos disponer de los servicios adicionales.

Gestionar nuestra organización

Podemos utilizar y divulgar su información para gestionar nuestra organización y contactarlo cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.

Pagar por sus servicios de salud

Podemos usar y divulgar su información de salud a medida que pagamos por sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información acerca de usted con su plan dental para coordinar el pago para su trabajo dental.

¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información de salud?

Estamos autorizados u obligados a compartir su información de otras maneras, generalmente de una forma que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación.

Debemos cumplir con diversas condiciones de ley antes de poder compartir su información para estos fines.

Ayuda con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir su información de salud para situaciones tales como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con retiros de productos
- Informe de reacciones adversas ante medicamentos
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia familiar
- Prevenir o reducir una amenaza serie a la salud o seguridad de alguien

Realizar investigación

Podemos utilizar o compartir su información para información de salud.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si estos organismos desean ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responda a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabaje con un médico forense o director de funerarias

Podemos compartir su información de salud con organizaciones de adquisición de órganos. Podemos compartir la información de salud con un médico forense, examinador médico, o director funeral cuando una persona fallece.

Abordar la indemnización laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos utilizar o compartir su información de salud:

- Para fines de indemnización laboral
- Para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario de la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios de protección militar, de seguridad nacional y presidencial.

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia de los registros de salud y reclamos

Usted puede ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos y otra información de salud que tengamos sobre su persona. Puede solicitarlo describiendo la información que desea revisar y el formato en el que desea recibirla por escrito a Hamaspik CHOICE en:

58 Route 59, Suite #1
Monsey, NY 10952.

Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, generalmente dentro de 30 días posteriores a su solicitud. Podríamos rechazar su solicitud en algunas circunstancias limitadas. Podríamos cobrar una tarifa razonable en base al costo.

Solicítenos corregir sus registros de salud y reclamos

Puede solicitarnos que corriamos sus registros de salud y reclamaciones si considera que son incorrectos o están incompletos. Póngase en contacto con nosotros por teléfono si tiene preguntas sobre cómo hacer esto.

Podríamos decir que “no” a su solicitud, pero le diremos el por qué por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos un correo a una dirección diferente. Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dice que estaría en peligro en caso de no hacerlo.

Pídanos restringir lo que usamos o compartimos

Puede solicitarnos que no usemos o compartamos cierta información médica

para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si eso podría afectar su atención.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

Puede solicitar una lista (contable) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicitó, con quién la compartimos y por qué.

Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos solicitó). Le proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de manera electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga la autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

Presentar un reclamo si siente que sus derechos son infringidos

Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos de privacidad comunicándose con el Oficial de Cumplimiento de Hamaspik CHOICE por teléfono al: 845 503 0592 o por correo electrónico a: corporatecompliance@hamaspikchoice.org.

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

No tomaremos represalias en su contra por presentar un reclamo.

Sus alternativas

Para cierta información de salud, usted puede indicarnos sus alternativas respecto a lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara por cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos lo que desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y elección de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otros involucrados en el pago de su atención
- Compartamos información en una situación de ayuda para catástrofes

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos continuar y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. Podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad.

En las siguientes circunstancias, jamás compartiremos su información a menos que usted nos dé autorización por escrito:

- Fines comerciales
- Venta de su información

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad e integridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y entregarle una copia.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de manera diferente a la que se describe aquí, a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos indica que podemos, usted puede cambiar su opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de parecer.

Cambios en los términos de este anuncio. Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. La nueva notificación estará disponible previa petición, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo postal.

Información adicional. Si tiene alguna pregunta o desea información adicional sobre este aviso, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento de Hamaspik CHOICE por teléfono al: 845 503 0592 o por correo electrónico a corporatecompliance@hamaspikchoice.org.

Fecha efectiva. Este anuncio de prácticas de privacidad entra en vigor el 21 de julio de 2014.