

# MANUAL PARA MIEMBROS DEL MANAGED LONG TERM CARE PLAN





# BIENVENIDO A ARCHCARE COMMUNITY LIFE

Nos complace proporcionarle el manual para miembros de ArchCare Community Life. El manual abarca información importante que debe conocer como, por ejemplo, la manera de acceder a los servicios incluidos los cuidados de urgencia y de emergencia. Siempre recuerde comunicarse con su Gestor de Atención de ArchCare Community Life cada vez que necesite servicios de atención médica, o si tiene alguna pregunta. Puede comunicarse con su Gestor de Atención de ArchCare Community Life o con cualquier representante de ArchCare Community Life las 24 horas al día al llamar al **1-855-467-9351** (TTD/TTY: 711).

Lleve consigo su tarjeta de identificación de ArchCare Community Life, que se le enviará por separado, en todo momento. Guarde su tarjeta de identificación de ArchCare Community Life junto con sus tarjetas de identificación de Medicare y Medicaid y cualquier otra tarjeta de seguro de salud y muéstreselas a sus proveedores de cuidados médicos como se explica en el dorso de su tarjeta de identificación de ArchCare Community Life.

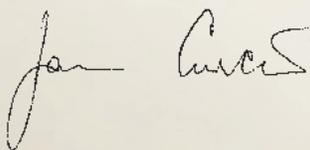
Las oficinas de ArchCare Community Life están ubicadas en **205 Lexington Avenue, 3rd Floor, New York, NY 10016**. Por favor, siéntase con la libertad de visitarnos durante el horario comercial (lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.) o puede enviarnos un correo electrónico a **ACLmembers@archcare.org**. Si no habla inglés, ArchCare Community Life le proporcionará ayuda gratuita a través de uno de los miembros de nuestro personal o servicios de traducción para que podamos comunicarnos en persona o por teléfono en el idioma que hable.

Si tiene necesidades especiales como necesidades de visión o audición, comuníquese con nosotros y le proporcionaremos ayuda adicional. Le ayudaremos a encontrar los servicios que satisfagan sus necesidades de parte de proveedores que comprendan y estén preparados para ayudar. También tenemos materiales en letras grandes para facilitar la comunicación.

ArchCare Community Life aprecia a nuestros miembros y estamos aquí para ayudarle. Le solicitaremos que nos de sus sugerencias para que podamos mejorar el Plan, para facilitarle el acceso a los cuidados que necesite y para mejorar la calidad de los servicios que le proporcionamos. Su aporte es importante para nosotros y es importante para sus cuidados. Si necesita decirnos algo sobre sus cuidados, puede hacerlo en cualquier momento al llamar a Servicios al Miembro al **1-855-467-9351**.

Juntos, trabajaremos para ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud y proporcionarle ayuda para tramitar los servicios que necesite.

Atentamente,



James Curcio  
Vicepresidente  
ArchCare Community Life



# ÍNDICE DEL MANUAL PARA MIEMBROS

PROGRAMA DE DEFENSA .....	2	¿QUÉ ES UN RECLAMO? .....	29
LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL.....	2	QUEJAS Y APELACIONES.....	30
¿QUÉ ES ARCHCARE COMMUNITY LIFE? .....	4	¿QUÉ ES UNA QUEJA? .....	30
¿QUIÉNES SON ELEGIBLES PARA INSCRIBIRSE EN ARCHCARE COMMUNITY LIFE? .....	5	EL PROCESO DE QUEJAS.....	30
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN .....	7	¿CÓMO PUEDO APELAR UNA DECISIÓN SOBRE UNA QUEJA? .....	31
¿PUEDO SEGUIR ACUDIENDO A MI PROPIO MÉDICO? .....	7	¿QUÉ ES UNA DECISIÓN? .....	31
DIRECTIVA ANTICIPADAS .....	7	PLAZOS DE AVISO DE LA DECISIÓN .....	31
CONFIDENCIALIDAD .....	8	CONTENIDO DEL AVISO DE LA DECISIÓN .....	32
¿TENGO QUE PAGAR PARA RECIBIR SERVICIOS? .....	8	¿CÓMO APELO A UNA DECISIÓN? .....	32
REDUCCIÓN DE INGRESOS/PAGO ADICIONAL.....	8	¿CÓMO ME COMUNICO CON MI PLAN PARA PRESENTAR UNA APELACIÓN? .....	32
MEDICARE .....	9	EN ALGUNAS DECISIONES USTED PUEDE SOLICITAR CONTINUAR LOS SERVICIOS DURANTE EL PROCESO DE APELACIÓN.....	32
CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN .....	9	¿CUÁNTO TIEMPO TARDA EL PLAN EN DECIDIR SOBRE MI APELACIÓN DE UNA DECISIÓN? .....	33
DENEGACIÓN DE INSCRIPCIÓN .....	9	PROCESO DE APELACIÓN EXPEDITA .....	33
PERÍODO DE BLOQUEO .....	10	SI EL PLAN DENIEGA MI APELACIÓN, ¿QUÉ PUEDO HACER? ...	33
¿QUÉ SERVICIOS ESTÁN CUBIERTOS POR ARCHCARE COMMUNITY LIFE? .....	10	AUDIENCIAS IMPARCIALES ESTATALES.....	34
¿QUÉ SERVICIOS NO SERÁN CUBIERTOS POR ARCHCARE COMMUNITY LIFE? .....	20	APELACIONES EXTERNAS ESTATALES .....	35
EQUIPO DE ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS.....	22	AUTORIZACIONES DE SERVICIO Y REQUISITOS DE DECISIONES.....	35
CUIDADO DE TRANSICIÓN.....	23	DEFINICIONES.....	35
PLAN DE ATENCIÓN .....	23	DISPOSICIONES GENERALES.....	36
RED DE PROVEEDORES .....	23	PLAZOS PARA LA DETERMINACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS .....	36
ATENCIÓN FUERA DE LA RED .....	23	OTROS PLAZOS PARA AVISOS DE DECISIONES .....	37
CUIDADO DE TRANSICIÓN DE PROVEEDORES EN LA RED ..	24	CONTENIDO DE LOS AVISOS DE DECISIONES .....	38
CUIDADO DE EMERGENCIA (SERVICIO NO CUBIERTO).....	24	LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL.....	40
ATENCIÓN FUERA DEL ÁREA.....	24	DISTINTOS IDIOMAS.....	41
AUTORIZACIONES DE SERVICIO.....	24		
DERECHOS DE LOS MIEMBROS .....	26		
RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS .....	27		
CANCELACIÓN VOLUNTARIA DE LA INSCRIPCIÓN .....	27		
CANCELACIÓN INVOLUNTARIA DE LA INSCRIPCIÓN.....	27		
ARCHCARE COMMUNITY LIFE PUEDE CANCELAR SU INSCRIPCIÓN SI: .....	29		
¿CUÁNDO ENTRA EN VIGOR LA CANCELACIÓN DE UNA INSCRIPCIÓN? .....	29		

## PROGRAMA DE DEFENSA

La Red de defensa del participante es una organización independiente que proporciona servicios de defensa gratuitos a los beneficiarios de cuidados a largo plazo en el estado de New York. Estos servicios incluyen, pero no se limitan a:

- i. proporcionar apoyo para la preinscripción, como asesoría imparcial para elegir su plan de salud e información relacionada con el programa,
- ii. recopilar las quejas y preocupaciones que las personas inscritas tengan con respecto a la inscripción, al acceso a servicios y otros asuntos relacionados,
- iii. ayudar a las personas inscritas a entender los procesos y derechos de audiencia imparcial, reclamos y apelaciones que están en el plan de salud y a nivel estatal y les proporcionaremos asistencia durante el proceso en caso de necesitarlo o solicitarlo, incluida la solicitud de planes y proveedores para los registros,
- iv. informar a los planes y proveedores sobre el apoyo y los recursos comunitarios a los que pueden tener acceso a través de los beneficios cubiertos por el plan.

En este momento, la Red Independiente de Defensa al Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN) se encarga de la defensa del participante. La ICAN está a su disposición para responder sus preguntas con respecto a sus derechos, Medicare, Medicaid y los servicios de cuidado prolongado. La ICAN también le brinda asistencia para solucionar cualquier problema relacionado al acceso al cuidado y para presentar reclamos y apelaciones. Tiene derecho a buscar asistencia de parte del programa de defensa del participante. Puede comunicarse con la ICAN para obtener asesoría gratis e independiente con respecto a sus opciones de cobertura, quejas y apelaciones. Pueden ayudarle a gestionar el proceso de apelación. Comuníquese con la ICAN de manera gratuita para conocer más sobre sus servicios:

**Teléfono:** 1-844-614-8800 (**Servicio de retransmisión para los usuarios de teletipo: 711**)

**Sitio web:** [www.icannys.org](http://www.icannys.org).

**Correo electrónico:** [ican@cssny.org](mailto:ican@cssny.org)

## LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

ArchCare cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ArchCare no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

ArchCare

- Brinda servicios y auxilios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - o Intérpretes calificados de señas
  - o Información escrita en otros formatos (en letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - o Intérpretes calificados.
  - o Información por escrito en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con **Victor Fama al (917) 484-5055 y los usuarios de TTY deben llamar al 711.**

Si considera que ArchCare no le ha ofrecido estos servicios o lo discriminó de alguna otra forma debido a su raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante: **Victor Fama, al (917) 484-5055, TTY 711** o por correo electrónico a: [compliancereport@archcare.org](mailto:compliancereport@archcare.org). Puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, **Victor Fama (917) 484-5055, TTY 711** está a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles perteneciente al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard\\_cp.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf), o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en el sitio: <http://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-380-2589 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-380-2589 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-855-380-2589 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-380-2589 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-380-2589 (청각 장애인용 서비스: 711)으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-380-2589 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-380-2589 (телетайп: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-380-2589 (TTY: 711) رقم هاتف الصم والبكم

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-380-2589 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-380-2589 (ATS:711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-380-2589 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-380-2589 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-380-2589 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-380-2589 (TTY: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-380-2589 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما بگیرید تماس 1-855-380-2589 (TTY: 711) با باشد می ف

# ¿QUÉ ES ARCHCARE COMMUNITY LIFE?

ArchCare Community Life tiene la aprobación del Departamento de Salud del Estado de New York (Department of Health, DOH) como un Plan de Cuidados Administrados a Largo Plazo (Managed Long Term Care Plan, MLTCP) para individuos que necesiten servicios de cuidado a largo plazo y que sean elegibles para Medicaid y Medicare o elegibles para Medicaid únicamente. ArchCare Community Life proporciona cuidados a largo plazo y otros servicios relacionados con la salud a los miembros que vivan en los condados de Manhattan, el Bronx, Queens, Staten Island, Westchester y Putnam. ArchCare Community Life le brinda la flexibilidad y libertad que necesita para tomar las decisiones indicadas que le ayudarán a alcanzar el mejor estado de salud posible.

El cuidado administrado a largo plazo significa que los individuos que elijan registrarse en ArchCare Community Life recibirán un Plan de cuidados coordinado y servicios coordinados. Su médico de atención primaria y el Gestor de Atención de ArchCare Community Life deben ordenar estos servicios. Los miembros obtienen estos servicios a través de una red de proveedores de cuidados médicos que participen en ArchCare Community Life. Una vez registrado, puede seguir usando su médico de atención primaria siempre y cuando su médico esté dispuesto a colaborar con ArchCare Community Life. Sus beneficios de Medicare y Medicaid permanecerán en vigencia.

Debe usar el proveedor incluido en el directorio de proveedores de ArchCare Community Life cuando reciba cualquiera de los servicios cubiertos por ArchCare Community Life. Su Gestor de Atención puede elegir o ayudarle a elegir los proveedores que satisfagan sus necesidades. Si Medicare cubre un servicio, tiene la libertad de elegir cualquiera de los proveedores de cuidados médicos no cubiertos por ArchCare Community Life que acepte pagos provenientes de Medicare. Sin embargo, lo alentamos a elegir proveedores afiliados a ArchCare Community Life para que no tenga que cambiar de proveedor en caso de que su tratamiento exceda los límites de cobertura de Medicare.

La membresía en ArchCare Community Life es voluntaria. Puede decidir por cuenta propia, o con la ayuda de ArchCare Community Life, si desea inscribirse en ArchCare Community Life o cancelar su inscripción más adelante por cualquier motivo.

ArchCare Community Life realiza todos los esfuerzos posibles para estar atentos a la diversidad cultural y las necesidades de comunicación en todas sus operaciones. Si no habla inglés, tiene derecho a solicitar una traducción de la información de parte de ArchCare Community Life. Los materiales escritos también vienen en español. Debido a que muchos de los proveedores participantes hablan idiomas distintos al inglés, consulte nuestro directorio de proveedores o llame a ArchCare Community Life para obtener información actualizada sobre nuestros proveedores. Si así lo desea, ArchCare Community Life también puede proporcionar personal específico para ayudarle. Por ejemplo, hay miembros del personal que pueden traducir los materiales verbalmente por teléfono.

**“Hay miembros del personal que podrán ayudarle a comprender los materiales en el idioma de su elección”.**

También es posible proporcionar los documentos del plan en otros formatos. A los miembros del personal les complace leer la información del Plan a los individuos con deficiencias visuales. Es posible proporcionar documentos en letras grandes para materiales como este Manual para miembros. El plan también puede tramitar los servicios de un intérprete profesional de señas a solicitud de los individuos que tengan deficiencias auditivas.

# ¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA INSCRIBIRSE EN ARCHCARE COMMUNITY LIFE?

Para ser elegible para inscribirse debe:

- tener 21 años o más
- Ser residente de los condados de Manhattan, el Bronx, Brooklyn, Queens, Staten Island, Westchester o Putnam
- Ser elegible para Medicaid

Recabaremos esta información por teléfono antes de concertar una cita. No se concertará una cita si es inelegible en base a cualquiera de los tres elementos mencionados anteriormente (vea también Denegación de inscripción). Se le informará que en este momento no es elegible para inscribirse en ArchCare Community Life y se le brindará la oportunidad de retirar su solicitud de inscripción.

También debe:

- Ser capaz de regresar a o permanecer en su hogar y comunidad sin que esto represente un peligro para su salud y seguridad.
- Necesitar servicios de cuidados a largo plazo basados en la comunidad y gestión de cuidados de parte de ArchCare Community Life durante más de 120 días a partir de la fecha de inscripción. Los servicios de cuidados a largo plazo incluyen:
  - servicios de enfermería
  - terapias
  - servicios de asistencia de cuidado personal o servicios de salud en el hogar
  - cuidados de salud diurnos para adultos.

## **Centro de evaluación e inscripción sin conflictos**

Los pacientes nuevos de Managed Long Term Care primero deben remitirse al centro de evaluación e inscripción sin conflictos (conocido como CFEEC) antes de programar una evaluación con ArchCare Community Life. El CFEEC es una subdivisión de New York Medicaid Choice/Maximus. Puede comunicarse con ellos al 1-855-222-8350.

El CFEEC le hará una serie de preguntas sobre cómo recibe sus cuidados de salud en la actualidad, así como quienes son sus proveedores. Si en la actualidad no recibe servicios de cuidados a largo plazo, necesitarán



realizar una evaluación inicial para determinar si califica para los servicios de cuidados a largo plazo basados en la comunidad. Los Servicios de cuidados a largo plazo basados en la comunidad (Community Based Long Term Care Services, CBLTCS) abarcan los servicios de salud y de apoyo proporcionados a individuos de todas las edades con limitaciones funcionales o enfermedades crónicas que requieran de asistencia con las actividades rutinarias de la vida diaria como bañarse, vestirse, preparar comidas y administrar medicamentos. Los CBLTCS están conformados por servicios como los Servicios de salud en el hogar, el Servicio de enfermería privado, los Servicios de asistencia personal dirigidos al consumidor, el Programa de cuidados de salud diurnos para adultos, los Servicios de cuidado personal.

Si está recibiendo servicios de cuidados a largo plazo, le enseñarán los planes que están a su disposición. Los pacientes que estén interesados en inscribirse en ArchCare Community Life necesitan informar al CFEEC sobre el plan que han elegido. El CFEEC transferirá al paciente por teléfono a nuestro departamento de servicios al miembro donde confirmaremos su información. Luego, se le asignará su aplicación a una de nuestras enfermeras de admisión para programar una evaluación que determinará su plan de cuidados al momento de la inscripción. Debemos realizar la evaluación dentro de los 30 días posteriores a la remisión del CFEEC o su solicitud de inscripción.

Una enfermera de admisión concertará una visita para hablar sobre ArchCare Community Life para ayudarle con los detalles de la aplicación para su inscripción y para recabar y tener acceso a información sobre su salud y sus necesidades de cuidados a largo plazo.

Durante esta visita, la enfermera de Admisión completará una evaluación clínica integral al usar los formularios aprobados del Estado de New York (NYS) y hablará con usted sobre el plan de cuidados inicial. La enfermera de Admisión también revisará su información de Medicaid y Medicare, si corresponde, y hablará sobre y le suministrará información sobre las Directivas Anticipadas, cómo tener acceso a los servicios cubiertos y no cubiertos y sobre sus derechos como miembro de ArchCare Community Life. La enfermera de Admisión le dará una copia de este manual para miembros y del Directorio de proveedores y le explicará los formularios que deberá firmar para su inscripción: un formulario de confirmación y acuerdo de inscripción, una autorización para la divulgación de información y un aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA.

Se entregará su acuerdo de inscripción, una vez firmado, a New York Medicaid Choice/Maximus. New York Medicaid Choice/Maximus lo revisará y confirmará su elegibilidad para Medicaid. Si New York Medicaid Choice/Maximus recibe su acuerdo de inscripción el día 20 del mes, su membresía normalmente inicia el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si New York Medicaid Choice/Maximus recibe el acuerdo de inscripción el 20 de agosto, la inscripción normalmente inicia el 1 de septiembre. Si New York Medicaid Choice/Maximus recibe el acuerdo de inscripción después del día 20 del mes, la inscripción normalmente inicia el primer día del mes que le sigue. Por ejemplo, si New York Medicaid Choice/Maximus recibe el acuerdo de inscripción el 24 de agosto, la inscripción normalmente inicia el 1 de octubre.

## **SUGERENCIA ÚTIL: Recuerde llevar consigo su tarjeta de identificación de ArchCare Community Life en todo momento.**

Una vez registrado, se le asignará un equipo de administración de cuidados. Los miembros de este equipo le llamarán y darán la bienvenida a ArchCare Community Life después de que haya firmado el acuerdo de inscripción y antes del inicio de los



servicios para abordar cualquier pregunta que pueda tener. El equipo de administración de cuidados revisará su plan de cuidados con usted y le hablará sobre la asignación de servicios el primer día del mes o la fecha de entrada en vigencia en la que comenzará a recibir sus servicios.

Si está inscrito para el primer día del mes, sus servicios iniciarán de acuerdo a su plan de cuidados. Es posible que su Gestor de Atención le haga una visita para revisar su plan de cuidados y el proceso de autorización de servicios de ser necesario.

Es posible que se acepten solicitudes de inscripción para pacientes hospitalizados y residentes en hospitales o centros residenciales que funcionen bajo el auspicio de la Oficina de salud mental del estado (Office of Mental Health, OMH), la Oficina de servicios contra el Alcoholismo y el Abuso de sustancias del estado (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) o la Oficina para personas con Discapacidades del Desarrollo del estado (Office for People With developmental disabilities, OPWDD). La inscripción podrá iniciar únicamente cuando un solicitante recibe el alta de estos programas o de otros programas de exención basados en el hogar o en la comunidad y se traslada a su hogar en la comunidad. Un solicitante que esté inscrito en otro plan de atención médica administrada aprobado por Medicaid, un programa de exención basado en el hogar o en la comunidad o un programa de tratamiento diurno OPWDD o que reciba servicios de hospicio puede estar inscrito en ArchCare Community Life únicamente después de su desincorporación del otro programa.

# TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

Después de inscribirse, recibirá su tarjeta de identificación de ArchCare Community Life dentro de 14 a 30 días. Recuerde llevar consigo su tarjeta de identificación de ArchCare Community Life en todo momento así como sus tarjetas de identificación de Medicare y Medicaid y cualquier otra tarjeta de seguro de salud y preséntelas cuando desee recibir cuidados. La tarjeta de identificación de ArchCare Community Life entra en vigencia el primer día de su membresía y les ayudará a sus proveedores de cuidados médicos a facturar correctamente los servicios cubiertos.

Si necesita cuidados antes de recibir su tarjeta, pierde su tarjeta de identificación o necesita cambiar o corregir información presente en su tarjeta, comuníquese con el equipo de administración de cuidados.

	Fecha de entrada en vigencia:	Fecha de entrada en vigencia:
	Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:
	NÚMERO DE Suscriptor:	SUBSCR MEDITU
Nombre del miembro:	Nombre del miembro:	
Número de Medicaid:	Número de Medicaid:	
Servicios para miembros y llamadas fuera del horario comercial: 1-855-467-9351		
<b>Beneficios de Managed Long Term Care de New York únicamente:</b>		

**MIEMBROS:** Por favor lleve consigo esta tarjeta en todo momento. Presente esta tarjeta antes de recibir cualquier servicio cubierto de Managed Long Term Care. No necesita presentar esta tarjeta antes de recibir cuidados de emergencia. Si tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro al 1-855-467-9351. Solicitud de transporte 844-544-1395 y TTY 866-288-3133

**MÉDICOS:** Este individuo está inscrito en un Managed Long Term Care Plan aprobado por el estado de New York que proporciona cobertura de cuidados a largo plazo. El pago por servicio de Medicaid o Medicare pagarán directamente los servicios prestados por el médico. Si el miembro tiene Medicare o algún otro seguro privado, sus beneficios no se verán afectados por la cobertura de Managed Long Term Care.

**HOSPITALES:** Este individuo está inscrito en un Managed Long Term Care Plan aprobado por el estado de New York que proporciona cobertura de cuidados a largo plazo. Por favor notifiquenos si el miembro incurre en cualquier actividad propia de un paciente hospitalizado ya que somos responsables de planificar el alta. No se requiere una certificación de preinscripción. Medicaid, Medicare o cualquier otro seguro privado pagarán directamente su reclamación.

# ¿PUEDO SEGUIR ACUDIENDO A MI PROPIO MÉDICO?

Si, con ArchCare Community Life puede elegir su propio médico. Su Gestor de Atención trabajará de cerca con su médico para concertar los servicios que necesite siempre y cuando su médico acuerde trabajar con ArchCare Community Life. El Gestor de Atención también trabajará con los proveedores de la red y los no pertenecientes a la red para coordinar todos sus servicios de atención médica.

Si en la actualidad no tiene un médico de cuidados primarios, le gustaría cambiar de médico o si su médico no desea trabajar con ArchCare Community Life, su equipo de administración de cuidados puede ayudarle a encontrar un médico de cuidados primarios en su área. El Gestor de Atención también puede ayudarle a obtener servicios médicos especializados, si son necesarios.

# DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Tiene el derecho de permitirnos y permitir a su familia saber cómo le gustaría que le cuidasen en caso de que caiga gravemente enfermo o de que sufra una lesión y no pueda comunicarse con su médico. Sus instrucciones pueden estar especificadas en un documento conocido como Directiva anticipada. ArchCare Community Life le anima a pensar sobre este asunto antes de que ocurra una situación extrema. Por favor hable con nosotros y obtenga información sobre cómo formular su Directiva anticipada.

Entre los ejemplos de dichos documentos se incluye una declaración firmada y atestiguado con sus instrucciones llamado testamento vital, una orden de "no reanimar" (DNR) o un formulario llamado poder de atención médica. El estado de New York tiene una ley que le permite nombrar un apoderado (una persona en el que pueda confiar) que puede ser un miembro de su familia o un amigo cercano, para que tome decisiones sobre su tratamiento en caso de que usted pierda la capacidad de decidir por sí mismo. Asegúrese de hablar sobre sus deseos con su agente(s) para garantizar que él o ella actúe de conformidad con sus deseos. También puede usar el formulario de poder de atención médica de NYS que le suministramos para que indique sus deseos con respecto a la donación de órganos en caso de su fallecimiento.

## CONFIDENCIALIDAD

ArchCare Community Life está comprometido a respetar su privacidad. Mantenemos la confidencialidad de sus registros de salud confidenciales, únicamente le daremos acceso a los profesionales de la salud, los proveedores de cuidados médicos y al personal autorizado cuando sea necesario para poder brindarle los cuidados adecuados como miembro de ArchCare Community Life. Todos los procedimientos de ArchCare Community Life están de conformidad con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

A fin de proteger su privacidad, no hablaremos sobre su inscripción o sus cuidados con otra persona que no haya designado como "Representante autorizado". Al momento de la evaluación, se le solicitará que complete un "Formulario de designación de representante autorizado" para que incluya a cualquier persona con la que se nos permita hablar sobre sus cuidados.

## ¿ES NECESARIO PAGAR PARA RECIBIR SERVICIOS?

ArchCare Community Life proporcionará y coordinará los servicios que normalmente están cubiertos por Medicaid; Si es elegible para Medicaid, no deberá realizar ningún pago a ArchCare Community Life. Si es elegible para Medicaid con Spend-Down debe pagar el monto mensual de spend-down a ArchCare Community Life.

Sin embargo, si elige tener acceso a servicios por cuenta propia que no estén cubiertos u obtener servicios de un proveedor no participante que no esté autorizado por ArchCare Community Life, podría ser responsable de pagar dichos servicios.

## SPENDDOWN/SURPLUS

Si es necesario que pague un spenddown/surplus mensual para poder recibir los beneficios de Medicaid, la Administración de Recursos Humanos (Human Resource Administration, HRA) determinará la cantidad del spend-down que le deberá pagar a ArchCare Community Life. Si tiene un spenddown/surplus, se le enviará una factura cada mes en la que se solicitará que realice un pago. Si no paga la factura a tiempo, intentaremos cobrar el pago, le enviaremos otra copia de la factura y realizaremos una llamada de seguimiento. Si nada de esto funciona, recibirá una carta en la que se le informará que no podrá seguir inscrito en ArchCare Community Life. Deberá enviar su pago de spend-down o NAMI, por cheque o por giro postal, a la dirección a continuación:

**ArchCare Community Life**  
**Attn: Finance Dept., 2nd Floor**  
**205 Lexington Ave.**  
**New York, NY 10016**

Si no puede enviar el pago por correo, por favor comuníquese con nosotros de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. al 1-855-467-9351, a fin de que se puedan hacer otros arreglos.



## MEDICARE

Si tiene cobertura y beneficios de Medicare o Medicare Supplementary, los mismos no cambian cuando se una a ArchCare Community Life y tiene la libertad de elegir los proveedores de Medicare para los servicios cubiertos y los servicios no cubiertos de ArchCare Community Life. Si tanto Medicare como ArchCare Community Life cubren un servicio, se facturará primero a Medicare. Si Medicare no cubre el servicio y ArchCare Community Life si lo hace, se facturará el servicio prestado por la red de proveedores de ArchCare Community Life directamente a ArchCare Community Life. Si un proveedor no forma parte de la red, debe comunicarse con su equipo de administración de cuidados antes de usar ese proveedor para evitar que le facturen servicios no autorizados después de que su cobertura de Medicare se agote.

Si Medicare no cubre el costo total de un servicio que también se encuentra en la lista de servicios cubiertos de ArchCare Community Life, se facturarán los deducibles y el coaseguro a la cobertura de seguro de salud que tenga o a Medicare Supplement antes de que ArchCare Community Life realice el pago.

Si se agota su Medicare o la cobertura relacionada, necesitará cambiar de proveedor en la red de ArchCare Community Life.

## RETIRO DE INSCRIPCIÓN

Puede retirar su solicitud en cualquier momento durante el proceso de inscripción. Puede elegir retirar su solicitud o acuerdo de inscripción antes del mediodía del día 20 del mes antes de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción. Puede informarnos de manera oral o por escrito y confirmaremos su retiro por escrito.

## DENEGACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Se denegará la inscripción si, después de la evaluación de ArchCare Community Life, no cumple con los criterios:

1. Ser capaz de regresar a o permanecer en su hogar y comunidad sin que esto represente un peligro para su salud y seguridad.
2. Necesitar servicios de cuidados a largo plazo basados en la comunidad y gestión de cuidados de parte de ArchCare Community Life durante más de 120 días a partir de la fecha de inscripción.

New York Medicaid Choice/Maximus denegará la inscripción si, después de la evaluación de ArchCare Community Life, no cumple con estos criterios.

Si no cumple con los criterios de elegibilidad en cuanto a edad, condado de residencia, y elegibilidad para Medicaid, no será evaluado para la inscripción. Si desea continuar con la inscripción a pesar de no ser elegible, le enviaremos esta información a New York Medicaid Choice/Maximus para una revisión y determinación de elegibilidad.

## PERÍODO DE BLOQUEO

A partir del 1 de diciembre de 2020, los nuevos afiliados a un plan MLTC Medicaid tendrán un período de bloqueo. Esto significa que si decide transferirse de su plan MLTC Medicaid a otro plan MLTC Medicaid a partir del 1 de diciembre de 2020, tendrá un período de bloqueo.

Los primeros 90 días después de que se transfiera a su nuevo plan MLTC Medicaid se consideran un período de gracia. Durante el período de gracia puede transferirse a otro plan MLTC Medicaid por cualquier motivo. Después del período de gracia de 90 días, tendrá que permanecer en ese plan durante nueve (9) meses adicionales antes de que se le permita cambiarse a otro plan MLTC Medicaid. Estos nueve (9) meses se denominan el período de bloqueo.

Durante el período de bloqueo puede transferirse a otro plan MLTC Medicaid si tiene una causa justificada.

Algunos ejemplos de causas justificadas son:

- si se muda fuera del área de servicio de su plan.
- si usted, su plan y el departamento de servicios sociales de su condado o el Departamento de Salud del Estado de New York todos concuerdan en que lo mejor para usted es dejar su plan MLTC Medicaid.
- si quiere seguir recibiendo atención de su agencia de atención en el hogar que ya no trabaja con su plan, o
- si su plan MLTC no presta servicios en su plan de atención.

Después de transcurridos los nueve (9) meses de su período de bloqueo, puede transferirse a otro plan MLTC Medicaid por cualquier motivo. Cada vez que se inscriba en un nuevo plan MLTC Medicaid recibirá un período de gracia de 90 días para cambiarse de plan. Cada vez que termine un período de gracia de 90 días iniciará un período de bloqueo de nueve (9) meses.

Este cambio solamente se refiere a los planes MLTC Medicaid. Este cambio no se aplica a las inscripciones en otros tipos de planes MLTC, como Medicaid Advantage Plus (MAP), o programas de cuidados integrales para adultos mayores (PACE).

## ¿QUÉ SERVICIOS ESTÁN CUBIERTOS POR ARCHCARE COMMUNITY LIFE?

A continuación se encuentra la lista de servicios cubiertos por ArchCare Community Life. Su cuidado debe ser "médicamente necesario" según lo determine su médico o su equipo de administración de cuidados. Esto significa que los servicios que obtenga deben ser necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar cualquier condición que pueda tener que cause sufrimiento intenso, ponga en peligro su vida, cause enfermedad o invalidez, interfiera con su capacidad para realizar sus actividades habituales o pueda causar una discapacidad severa.

Se le suministran los servicios cubiertos a través de una red de proveedores de cuidados médicos que participan en ArchCare Community Life tal como aparecen en el Directorio de proveedores. Los servicios a continuación están cubiertos por ArchCare Community Life:

SERVICIO	NORMAS DE COBERTURA
<p><b>Administración de cuidados</b></p> <p>Su Gestor de Atención evaluará sus necesidades de atención médica continuamente junto con su equipo de administración de cuidados. Su Gestor de Atención también será responsable de coordinar y suministrar los servicios planificados.</p>	<p>A cada miembro se le asignará un Gestor de Atención. La administración de cuidados incluye la remisión para y coordinación de otros servicios médicos, sociales, educativos y financieros necesarios del plan de servicios centrados en la persona que apoyen las necesidades psicosociales de la persona inscrita sin importar si el plan cubre o no dichos servicios. La administración de cuidados significa el proceso que ayuda a la persona inscrita a evaluar los servicios cubiertos necesarios tal como se identifican en el Plan de servicios centrados en la persona (Person Centered Service Plan, PCSP). Los servicios de administración de cuidados incluyen la remisión, asistencia o coordinación de los servicios que le permitirán obtener servicios médicos, sociales, educativos, psicosociales, financieros y otros servicios de apoyo al PCSP, sin importar si los servicios necesarios están incluidos en el paquete de beneficios.</p>
<p><b>Transporte por servicios médicos regulares</b></p> <p>El transporte por servicios médicos regulares es transporte en ambulancia, taxi, servicio de automóvil o transporte público que tengan el nivel adecuado dada la condición del miembro para obtener la atención médica necesaria y los servicios reembolsados a través de los programas de Medicaid o Medicare. Para programar un transporte por servicios médicos regulares debe llamar a Logisticare, el proveedor de transporte de ArchCare, directamente al <b>1-844-544-1395</b> (de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.). (TTY: 1-866-288-3133). Debe solicitar su transporte regular con al menos 72 horas de anticipación. Para programar un viaje de regreso después de su cita, o si su medio de transporte no se presenta tal como estaba programado, puede solicitar asistencia al llamar al número "Dónde está mi medio de transporte": <b>1-844-544-1396</b>. También puede programar el servicio en línea en: <a href="https://member.logisticare.com">https://member.logisticare.com</a></p>	<p>Debe recibir Transporte por servicios médicos regulares de la red de proveedores de ArchCare Community Life.</p>
<p><b>Cuidados en el hogar</b></p> <p>Incluye los servicios a continuación, los cuales son de naturaleza preventiva, de rehabilitación terapéutica, de orientación y de apoyo: servicios de enfermería, servicios de asistencia médica en el hogar, servicios de nutrición, servicios de trabajo social, fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla/lenguaje.</p>	<p>Es posible que Medicare no cubra estos servicios. Si Medicare cubre un servicio, puede obtener cuidados de parte de un proveedor que no esté incluido en la red de proveedores de ArchCare Community Life. Si Medicaid cubre sus cuidados, deberá usar un proveedor de nuestra red y obtener autorización de parte del plan.</p> <p><b><i>Su médico deberá suministrarle órdenes por escrito y firmadas al proveedor.</i></b></p>

SERVICIO	NORMAS DE COBERTURA
<p><b>Cuidado personal</b></p> <p>El cuidado personal abarca asistencia total o parcial para realizar actividades como la higiene personal, vestirse y alimentarse y tareas de apoyo nutricional y del entorno.</p>	<p>Debe recibir cuidado personal de la red de proveedores de ArchCare Community Life y debe obtener autorización de parte del plan.</p> <p><b><i>Su médico deberá suministrarle órdenes por escrito y firmadas a la agencia que le proporcione el cuidado.</i></b></p>
<p><b>Servicios de asistencia personal dirigidos al consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS).</b></p> <p>Los CDPAS se abarcan asistencia total o parcial con las tareas de cuidado personal, tareas de asistencia de salud en el hogar y funciones de enfermería especializadas de parte de un asistente personal dirigido al consumidor bajo la instrucción, supervisión y dirección de un consumidor o representante designado. Existe flexibilidad y libertad al elegir el cuidador o asistente personal dirigido al consumidor.</p>	<p>Usted actualmente recibe Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor (CDPAS) como uno de sus beneficios. De acuerdo con las normas del Departamento de Salud del Estado de New York, para seguir recibiendo estos servicios debe tener una orden del médico que se renueve cada 6 meses. Si se permite que una orden expire después de 6 meses, no podemos seguir autorizando este tipo de servicio para su cuidado personal. En ese momento tendremos que autorizar servicios tradicionales de cuidado personal a través de una agencia autorizada de atención en el hogar, hasta que se reciban órdenes de CDPAS.</p> <p>Entendemos que usted prefiere que lo cuiden las personas que conoce, y queremos que así sea, por lo que lo invitamos a colaborar con su médico para asegurarse de que sus beneficios de CDPAS puedan continuar. Adjuntamos a esta carta una copia del formulario que su médico debe llenar y enviarnos para asegurarse de que los servicios que usted quiere puedan continuar. Recuerde, la firma del médico debe tener una fecha que esté dentro de los 30 días siguientes a su último examen físico. Actualmente, durante la pandemia de Covid-19, esta consulta puede hacerse por videollamada.</p> <p>Su médico puede enviar el formulario de orden contestado por fax a nuestro departamento de servicios al miembro, al (646) 356-8400.</p> <p>Si tiene alguna pregunta, puede llamar a nuestro Departamento de Servicios al Miembro al teléfono (855) 467-9351.</p>

**SABÍA QUE:** Se le suministran los servicios cubiertos a través de una red de proveedores de cuidados médicos que participan en ArchCare Community Life tal como aparecen en el directorio de proveedores.

SERVICIO	NORMAS DE COBERTURA
<p><b>Hogares para veteranos</b></p>	<p>Si es un veterano, cónyuge de un veterano o la madre o el padre de una estrella de oro y necesita colocación a largo plazo, es elegible para una colocación en un hogar para veteranos. Actualmente St. Albans, Jamaica, NY (condado de Queens) y Montrose (condado de Westchester) pertenecen a nuestra red. Llame al CFEEC al 1-855-222-8350 para obtener más información sobre los hogares para veteranos.</p> <p>Si desea recibir cuidados de parte de un hogar para veteranos, pagaremos por los servicios de un hogar para veteranos que no pertenezca a nuestra red y que se encuentre en nuestra área de servicio hasta que lo transfieran a un plan MLTC con un hogar para veteranos que pertenezca a nuestra red.</p>
<p><b>Fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla en un entorno distinto al hogar</b></p> <p>La fisioterapia (“PT”) abarca servicios de rehabilitación proporcionados por un fisioterapeuta registrado y autorizado para disminuir al máximo la discapacidad física o mental y hacer que el miembro recupere el mejor nivel de funcionamiento posible.</p> <p>La terapia ocupacional (“OT”) abarca servicios de rehabilitación proporcionados por un terapeuta ocupacional registrado y autorizado para disminuir al máximo la discapacidad física o mental y hacer que el miembro recupere el mejor nivel de funcionamiento posible.</p> <p>Patología del habla/lenguaje (“SP”) abarca servicios de rehabilitación para disminuir al máximo la discapacidad física o mental y hacer que el miembro recupere el mejor nivel de funcionamiento posible.</p>	<p>Debe recibir fisioterapia, terapia ocupacional o patología del habla de parte de la red de proveedores de ArchCare Community Life y debe obtener la autorización del plan.</p> <p><b><i>Su médico deberá suministrarle órdenes por escrito y firmadas al proveedor de cuidados médicos para la rehabilitación.</i></b></p>

## SERVICIO

### **Servicios y apoyo institucional a largo plazo (Institutional Long Term Services and Support, ITLSS)**

ITLSS abarca los servicios de un centro residencial de cuidados médicos (asilo de ancianos) tal como están incluidos en el paquete de beneficios y que le proporcionamos cuando sea médicamente necesario.

## NORMAS DE COBERTURA

**Es posible que Medicare cubra las** estadias de rehabilitación a corto plazo. Si Medicare cubre su estadia en un asilo de ancianos, puede obtener cuidados de parte de un asilo de ancianos que no esté incluido en la red de proveedores de ArchCare Community Life. Si sus beneficios de Medicare expiran, Medicaid cubrirá su estadia. Si esto llegara a ocurrir, deberá usar un proveedor de la red ArchCare y obtener autorización de parte del plan.

**Colocación a largo plazo (colocación permanente)** El Estado de New York cambió la forma en que se cubrirán los beneficios de asilo de ancianos para las personas en planes Managed Long Term Care (MLTC) de Medicaid, también conocidos como planes de capitación parcial. Los planes MLTC Medicaid solamente cubrirán tres (3) meses de cuidado a largo plazo en un asilo de ancianos.

Esto no cambia su elegibilidad para Medicaid. Usted sigue siendo elegible para la cobertura de cuidado en asilos de ancianos de Medicaid. Después de cancelar su inscripción, su cuidado en un asilo de ancianos será pagado por Medicaid regular de pago por servicio. Una decisión de que una estadia en el asilo de ancianos será de largo plazo es una decisión que toman usted, su médico y su asilo de ancianos. Estar en una estadia a largo plazo en un asilo de ancianos no le impide regresar a la comunidad, si puede hacerlo de manera segura. Si quiere regresar a la comunidad, puede solicitar una evaluación para determinar si sus necesidades pueden satisfacerse de manera segura en la comunidad. Puede programar una evaluación con su plan llamando a New York Medicaid Choice al 1-888-401-6582 (TTY: 1-888-329-1541). New York Medicaid Choice colaborará con usted y con su plan para organizar una evaluación. Si solicita una evaluación antes de la fecha de entrada en vigor de la cancelación de su inscripción, seguirá inscrito en su plan hasta que concluya su evaluación y se le notifique la decisión de su plan MLTC Medicaid. Si no solicita una evaluación o una audiencia imparcial con ayuda para continuar antes de que se cancele su inscripción, se cancelará su inscripción. Usted seguirá recibiendo cuidados en su asilo de ancianos a través de Medicaid regular. La cancelación de su plan no le impide regresar a la comunidad en el futuro, si puede hacerlo de manera segura. Si puede salir del asilo de ancianos de manera segura y regresar a la comunidad dentro de un plazo de seis meses de la fecha de la cancelación de su inscripción, se presumirá que es elegible para inscribirse en un plan MLTC Medicaid. Para volver a inscribirse en un plan MLTC Medicaid, comuníquese con NY Medicaid Choice.

Para solicitar una evaluación después de cancelar su inscripción, hable con el trabajador social de su asilo de ancianos o comuníquese con el programa Open Doors para hablar sobre su regreso a la comunidad. El programa Open Doors ofrece apoyos para que las personas regresen a sus hogares después de una estadia en un asilo de ancianos. Para obtener más información sobre el programa Open Doors, llame al 844-545-7108.

SERVICIO	NORMAS DE COBERTURA
<p><b>Cuidados de salud diurnos para adultos</b></p> <p>El cuidado de salud diurno para adultos proporciona cuidados y servicios en un centro residencial de cuidados médicos o en una ubicación aprobada. Los centros de cuidados de salud diurnos para adultos están bajo la dirección de un médico y se crean para los individuos que tengan deficiencias funcionales pero que no estén confinados en sus casas. Para ser elegible debe requerir ciertos artículos o servicios preventivos, de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación o paliativos. Los cuidados de salud diurnos para adultos incluyen los servicios a continuación: servicios médicos, de enfermería, alimentación y nutrición, terapia de rehabilitación y servicios dentales, farmacéuticos y otros servicios auxiliares, así como actividades de ocio que forman parte del programa de actividades variadas y útiles.</p>	<p>Debe recibir cuidados de salud diurnos para adultos de la red de proveedores de ArchCare Community Life y debe obtener autorización de parte del plan.</p> <p><b><i>Su médico deberá suministrarle órdenes por escrito y firmadas al proveedor de cuidados de salud diurnos para adultos.</i></b></p>
<p><b>Atención diurna social</b></p> <p>La atención diurna social es un programa estructurado e integral que le proporciona a individuos con deficiencias funcionales actividades de socialización, supervisión y monitoreo, cuidado personal y nutrición en un entorno protector durante parte del día y durante un periodo menor a 24 horas.</p>	<p>Debe recibir atención diurna social de la red de proveedores de ArchCare Community Life y debe obtener autorización de parte del plan.</p>
<p><b>Optometría/Anteojos</b></p> <p>La optometría incluye los servicios de oftalmología y de un oculista e incluye anteojos, lentes de contacto médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales (en existencia o hechos a la medida) y ayudas para visión baja.</p>	<p>Debe recibir servicios de optometría y anteojos de la red de proveedores de ArchCare Community Life. Generalmente se proporciona un examen de la vista y anteojos una vez cada dos años a menos que tenga diabetes o sea médicamente necesario proporcionar dichos servicios con más frecuencia.</p> <p><b><i>Su médico deberá suministrar órdenes por escrito y firmadas.</i></b></p>
<p><b>Audiología/Dispositivos auditivos</b></p> <p>Los servicios de audiología incluyen exámenes o evaluaciones audiométricas, evaluación de los dispositivos auditivos, evaluación de conformidad y recomendaciones o la prescripción de dispositivos auditivos, si así se indica. Los servicios de dispositivos auditivos incluyen la selección, las pruebas de ajuste y el surtido de dispositivos auditivos, inspección de los dispositivos auditivos después de su entrega y reparaciones de los dispositivos auditivos. Los productos incluyen dispositivos auditivos, moldes del oído, baterías, accesorios especiales y piezas de repuesto.</p>	<p>Es posible que Medicare cubra los exámenes de audiología. Si Medicare cubre un servicio, puede obtener cuidados de parte de un proveedor que no esté incluido en la red de proveedores de ArchCare Community Life. Si Medicaid cubre el servicio, deberá usar un proveedor que esté incluido en la red.</p> <p><b><i>Su médico deberá suministrar órdenes por escrito y firmadas.</i></b></p>

SERVICIO	NORMAS DE COBERTURA
<p><b>Podología</b></p> <p>Podología abarca los servicios que presta un podólogo, los que deben incluir el cuidado de rutina para los pies cuando la condición física del miembro represente un peligro debido a la presencia de una enfermedad, lesión o síntomas localizados que afecten los pies o cuando dichos servicios sean una parte necesaria e integral de la atención médica como el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes, úlceras e infecciones. Los cuidados de higiene rutinarios de los pies, el tratamiento de callos y callosidades, el arreglo de las uñas y otros cuidados de higiene como la limpieza y el remojo de los pies no están cubiertos si no existe una condición patológica.</p>	<p>Es posible que Medicare cubra los exámenes de podología. Si Medicare cubre un servicio, puede obtener cuidados de parte de un proveedor que no esté incluido en la red de proveedores de ArchCare Community Life. Si Medicaid cubre el servicio, deberá usar un proveedor que esté incluido en la red.</p> <p><b><i>Su médico deberá suministrar órdenes por escrito y firmadas.</i></b></p>
<p><b>Odontología</b></p> <p>Cuidado odontológico preventivo, profiláctico y de otro tipo, servicios y suministros, exámenes de rutina, medicina preventiva, cirugía bucal y dispositivos protésicos y ortésicos necesarios para tratar una condición grave de salud incluida cualquier condición que afecte la empleabilidad.</p>	<p>Es posible que Medicare cubra los servicios odontológicos. Si Medicare cubre un servicio, puede obtener cuidados de parte de un proveedor que no esté incluido en la red de proveedores de ArchCare Community Life. Si Medicaid cubre el servicio, deberá usar un proveedor que esté incluido en la red.</p>
<p><b>Entrega de comidas a domicilio o comidas congregadas</b></p>	<p>Debe recibir comidas congregadas o comidas a domicilio de la red de proveedores de ArchCare Community Life y debe obtener autorización de parte del plan.</p>
<p><b>Terapia respiratoria</b></p> <p>La realización de procedimientos y técnicas preventivas, de mantenimiento y rehabilitación relacionadas con las vías respiratorias como el uso de gases médicos, humedad, aerosoles, presión positiva intermitente, ventilación mecánica continua, la administración de medicamentos por medio de la inhalación o la gestión de las vías respiratorias, cuidado al paciente, la instrucción de pacientes y la provisión de consultas al personal de salud.</p>	<p>Debe recibir terapia respiratoria de la red de proveedores de ArchCare Community Life y debe obtener autorización de parte del plan. Su médico deberá suministrarle órdenes por escrito y firmadas al terapeuta que proporcione los cuidados.</p> <p><b><i>Su médico deberá suministrarle órdenes por escrito y firmadas al proveedor de cuidados respiratorios.</i></b></p>
<p><b>Asesoría/Servicios de nutrición</b></p> <p>La evaluación de las necesidades nutricionales y patrones de alimentación o la planificación de la provisión de alimentos y bebidas de modo que satisfagan las necesidades físicas y médicas del individuo y las condiciones ambientales o la prestación de servicios de asesoría y educación nutricional para poder satisfacer las necesidades normales y terapéuticas.</p>	<p>Debe recibir asesoría/servicios de nutrición de la red de proveedores de ArchCare Community Life y debe obtener autorización de parte del plan.</p>

SERVICIO	NORMAS DE COBERTURA
<p><b>Suministros médicos y quirúrgicos/Suministros y alimentación enteral/Suministros y nutrición parenteral</b></p> <p>Los suministros médicos y quirúrgicos son artículos para uso médico distintos a los medicamentos como dispositivos protésicos y ortésicos y equipo médico duradero y calzado ortopédico para tratar una condición médica específica, que normalmente son consumibles, no reutilizables, desechables, con un propósito específico y que generalmente no son salvables.</p>	<p>Es posible que Medicare cubra estos artículos. Si Medicare cubre un servicio, puede obtener los artículos de parte de un proveedor que no esté incluido en la red de proveedores de ArchCare Community Life. Si Medicaid cubre el artículo, deberá usar un proveedor que esté incluido en la red.</p> <p><b><i>Su médico deberá suministrarle órdenes por escrito y firmadas al proveedor.</i></b></p>
<p><b>Equipo médico duradero</b></p> <p>EL equipo médico duradero está compuesto de dispositivos y de equipo, incluidos los dispositivos protésicos y ortésicos, que un profesional ha ordenado para el tratamiento de una condición médica específica y que cumple con las características a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• puede soportar el uso repetido durante un periodo de tiempo prolongado</li> <li>• se usa principal y usualmente para propósitos médicos</li> <li>• no suele ser de utilidad si no hay ninguna lesión</li> <li>• no se suele ajustar, diseñar o adaptar este tipo de equipo para el uso particular de un individuo.</li> </ul> <p>Si el equipo está destinado al uso de un único paciente, se podrá hacer a la medida o personalizar.</p>	<p>Es posible que Medicare cubra estos artículos. Si Medicare cubre un servicio, puede obtener los artículos de parte de un proveedor que no esté incluido en la red de proveedores de ArchCare Community Life. Si Medicaid cubre el artículo, deberá usar un proveedor que esté incluido en la red.</p> <p><b><i>Su médico o podólogo deberá suministrar órdenes por escrito y firmadas al proveedor.</i></b></p>
<p><b>Apoyo social y del entorno</b></p> <p>El apoyo social y del entorno consta de servicios y artículos que satisfagan las necesidades médicas del miembro y que incluyen lo que sigue a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tareas de mantenimiento en el hogar</li> <li>• servicios de ama de casa/asistencia con los quehaceres</li> <li>• mejoramiento del alojamiento</li> <li>• cuidados de relevo</li> </ul>	<p>Debe recibir apoyo social y del entorno de la red de proveedores de ArchCare Community Life y debe obtener autorización de parte del plan.</p>
<p><b>Sistemas de Respuesta ante Emergencias Personales (Personal Emergency Response Systems, "PERS")</b></p> <p>Un PERS es un dispositivo electrónico que le permite a ciertos pacientes de alto riesgo recibir ayuda en caso de una emergencia física, emocional o ambiental. En caso de una emergencia, un centro de respuesta recibe la señal y procede apropiadamente.</p>	<p>Debe recibir PERS de la Red de proveedores y debe obtener autorización de parte del plan.</p>

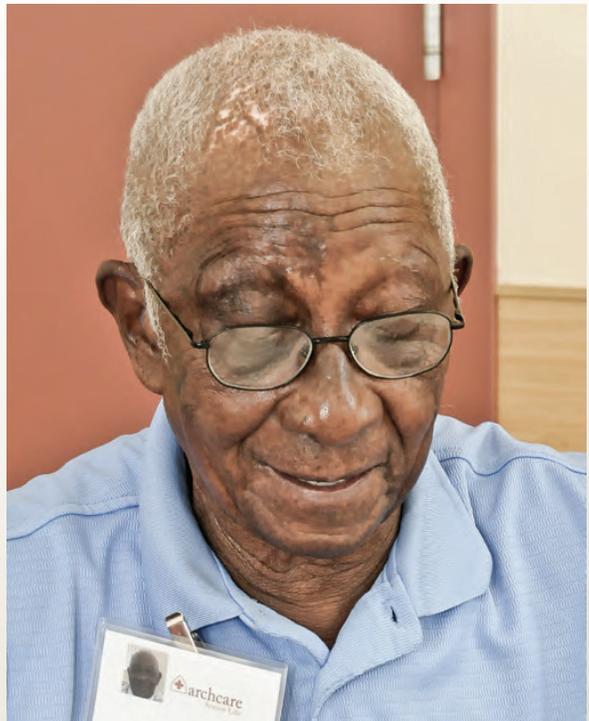
SERVICIO	NORMAS DE COBERTURA
<p><b>Servicio de enfermería privado</b></p> <p>Los servicios de enfermería privados son servicios médicamente necesarios que una enfermera práctica con licencia o un profesional registrado con licencia (RN o LPN) proporciona en el lugar de residencia permanente o temporal del paciente de acuerdo con las órdenes del médico. Dichos servicios pueden ser continuos y pueden ir más allá del alcance de los cuidados dispensados por las agencias certificadas de atención médica en el hogar.</p>	<p>Es posible que Medicare cubra el servicio de enfermería privado. Si Medicare cubre un servicio, puede obtener cuidados de parte de un proveedor que no esté incluido en la red de ArchCare Community Life. Si Medicaid cubre el servicio, deberá usar un proveedor que esté incluido en la red de proveedores de ArchCare Community Life.</p> <p><b><i>Su médico deberá suministrarle órdenes por escrito y firmadas al proveedor del servicio de enfermería privado.</i></b></p>
<p><b>Telesalud</b></p> <p>Los servicios prestados a través de la telesalud usan información electrónica y tecnologías de comunicación para que los proveedores de telesalud presten servicios de atención médica, los que incluyen la evaluación, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, educación, la gestión de cuidados y la autogestión de la persona inscrita. Los proveedores de telesalud abarcan: médico, asistente médico, odontólogo, practicante de enfermería, profesional de enfermería (únicamente cuando dicha enfermera reciba datos médicos o información sobre la salud de un paciente específico que se encuentre en un sitio distante a través del monitoreo remoto del paciente), podólogo, oculista, psicólogo, trabajador social, patólogo del habla y del lenguaje, audiólogo, partera, educador certificado en diabetes, educador certificado en asma, consejeros certificados en genética, hospital, agencia para el cuidado de la salud en el hogar, hospicio o cualquier otro proveedor determinado por el Comisionado de salud en virtud del reglamento.</p>	<p>Es posible que Medicare cubra la telesalud. Si Medicare cubre un servicio, puede obtener cuidados de parte de un proveedor que no esté incluido en la red de ArchCare Community Life. Si Medicaid cubre el servicio, deberá usar un proveedor que esté incluido en la red de proveedores de ArchCare Community Life.</p> <p><b><i>Su médico deberá suministrarle órdenes por escrito y firmadas al proveedor del servicio de enfermería privado.</i></b></p>

SERVICIO	NORMAS DE COBERTURA
<p><b>Money Follows the Person (MFP)/Open Doors</b></p> <p>Esta sección explicará los servicios y apoyo que están disponibles a través de Money Follows the Person (MFP)/Open Doors. MFP/Open Doors es un programa que puede ayudar a las personas inscritas a dejar el asilo de ancianos y regresar a su hogar o residencia en la comunidad. Es posible que la persona inscrita califique para MFP si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha vivido en un asilo de ancianos durante tres o más meses</li> <li>• Tiene necesidades de salud que pueden ser satisfechas a través de servicios disponibles en su comunidad</li> </ul>	<p>MFP/Open Doors cuenta con personas, llamados pares y especialistas en transición, que pueden reunirse con las personas inscritas y hablar con ellos sobre su regreso a la comunidad. Los pares y especialistas en transición difieren de los Gestores de Atención y de los planificadores de alta. Pueden ayudar a las personas inscritas tal y como sigue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministrarles información sobre los servicios y apoyo en la comunidad</li> <li>• Encontrar servicios ofrecidos en la comunidad para ayudar a las personas inscritas a independizarse</li> <li>• Visitar o llamar a las personas inscritas después de su regreso para asegurarse que tienen lo que necesitan en su hogar</li> </ul> <p>Para más información sobre MFP/Open Doors o para concertar una visita de un par o especialista en transición, por favor llame a la Asociación de Vida Independiente de New York al 1-844-545-7108 o envíe un correo electrónico a <a href="mailto:mfp@health.ny.gov">mfp@health.ny.gov</a>. También puede visitar la página web de MFP/Open Doors en <a href="http://www.health.ny.gov/mfp">www.health.ny.gov/mfp</a> o <a href="http://www.ilny.org">www.ilny.org</a>.</p>

Si Medicare cubre cualquiera de los servicios mencionados anteriormente, se facturará primero a Medicare. Si tiene un seguro adicional (distinto a Medicare o Medicaid) que cubra cualquiera de los servicios mencionados anteriormente, se facturará a la otra compañía de seguro después de facturar a Medicare. Medicaid será facturado de último.

Si Medicare cubre uno de los servicios mencionados anteriormente, tiene la libertad de elegir su propio proveedor. Sin embargo, si Medicare deja de cubrir el servicio y Medicaid lo cubre, deberá cambiarse a un proveedor de la red. Para garantizar la continuidad de cuidados, siempre es mejor usar un proveedor de la red incluso cuando Medicare o cualquier otro seguro cubra el servicio. Siempre puede llamar a Servicios al Miembro al 1-855-467-9351 si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de los servicios mencionados anteriormente.

ArchCare Community Life reembolsa a los proveedores por cada uno de los servicios prestados a un miembro bajo la figura de pago por servicio.



**SUGERENCIA ÚTIL:** Para garantizar la continuidad de cuidados, siempre es mejor usar un proveedor de la red incluso cuando Medicare o cualquier otro seguro cubra el servicio.

# ¿QUÉ SERVICIOS NO SERÁN CUBIERTOS POR ARCHCARE COMMUNITY LIFE?

A continuación está una lista de los servicios que ArchCare Community Life no cubre, pero que todavía puede recibir. Es posible que Medicare y Medicaid cubran estos y cualquier otro servicio no cubierto que necesita de parte de un proveedor que acepte Medicare o Medicaid. Sin embargo, usted puede obtener estos servicios por su propia

cuenta, sin la intervención de ArchCare Community Life autorización, podemos ayudarle a obtener estos servicios y concertar las citas y transporte que no sea de emergencia, además de cuidados de seguimiento, si son necesarios. Estos servicios podrían estar incluidos en su Plan de atención y ser coordinados por su Gestor de Atención.

SERVICIO	DESCRIPCIÓN
<b>Atención para el paciente hospitalizado y ambulatorio</b>	Incluye la atención que pudiera recibir mientras se encuentra hospitalizado(a) o en una clínica hospitalaria.
<b>Servicios médicos</b>	Incluye la atención médica proporcionada por un médico, asistente médico o personal de enfermería profesional.
<b>Exámenes de laboratorio y de diagnóstico</b>	Incluye pruebas tales como exámenes de sangre, de orina y electrocardiogramas.
<b>Servicio de radiología y radiografía con isótopos de radio.</b>	Incluye radiografías, exploraciones óseas digitales, TAC e IRM.
<b>Hospicio</b>	Incluye visitas a centros de hospicio y de atención con cuidados paliativos hospitalarios.
<b>Atención en la sala de emergencias hospitalaria</b>	Incluye la atención en sala de emergencia, diálisis renal, y hemodiálisis o diálisis peritoneal.
<b>Servicios de salud mental</b>	Incluye tratamiento hospitalario y ambulatorio para problemas de salud mental tales como, entre otros, la depresión y la esquizofrenia.

SERVICIO	DESCRIPCIÓN
<b>Abuso de alcohol y otras sustancias</b>	Incluye la atención recibida para el tratamiento de abuso del alcohol o drogas. Esto incluiría la hospitalización o tratamiento ambulatorio.
<b>Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo</b>	Incluye servicios recibidos a través de la Oficina Estatal de Nueva York para Personas con Discapacidades del Desarrollo (antiguamente conocida como la Oficina de Retardo Mental y Discapacidades del Desarrollo) tales como los programas diurnos y el entrenamiento vocacional.
<b>Transporte de emergencia</b>	Incluye el servicio de transporte de emergencia en ambulancia.
<b>Planificación familiar</b>	Tratamiento médico, como vasectomías o ligadura de trompas.
<b>Medicamentos recetados, medicamentos compuestos y medicamentos no recetados</b>	

Los servicios no cubiertos por ArchCare Community Life podrían ser cubiertos por otra empresa aseguradora. Su Gestor de Atención le ayudará a coordinar y obtener estos servicios, incluso si ArchCare Community Life no los cubre.

Puede contratar directamente proveedores para los servicios no cubiertos por ArchCare Community Life, sin una remisión por escrito ni autorización emitida por ArchCare Community Life. A fin de que podamos coordinar y administrar su atención de la mejor manera posible, por favor, comunique al Gestor de Atención acerca de cualquier cita que tenga con sus proveedores de servicios, las cuales no estén cubiertas por el Plan.

Si usted requiere transporte de emergencia a cualquier cita relacionada con su salud, usted debe llamar a ArchCare Community Life para que podamos concertar y proporcionarle transporte que no sea de emergencia.

Como miembro de ArchCare Community Life usted debe poseer Medicaid. Su tarjeta de identificación de Medicaid permanece activa mientras usted mantenga su elegibilidad para Medicaid. Como beneficiario de los servicios de Medicaid, usted puede continuar recibiendo todos los servicios cubiertos por Medicaid, incluso los que no son cubiertos por ArchCare Community Life.

# EQUIPO DE GESTIÓN DE LA ATENCIÓN

Cuando usted se inscribe, usted y su Equipo de gestión de la atención (su médico, su Gestor de Atención, sus facilitadores de cuidados y otros proveedores de cuidados de la salud) trabajarán junto con usted para desarrollar un Plan de atención que satisfaga sus necesidades. El Plan de atención es una descripción por escrito de todos los servicios que usted necesita. Se basa en una evaluación de sus necesidades de atención de la salud, la recomendación de sus médicos y sus preferencias personales. A usted se le entregará una copia del Plan de atención para sus registros, según usted la solicite. También recibirá una copia de su Plan de servicios, el cual incluye una lista de la frecuencia y duración de los servicios que recibirá, los cuales están incluidos en su Plan de atención.

Su Gestor de Atención hará regularmente un seguimiento con usted para verificar el estado de sus servicios de salud, lo cual incluirá, dependiendo de sus necesidades y la gravedad de sus condiciones de salud, por lo menos una llamada telefónica mensual y una visita domiciliaria anual. Su Gestor de Atención trabajará con su médico y otros proveedores de cuidados de la salud para asegurarse de que usted esté recibiendo todos los servicios necesarios y ordenados, así como para garantizar que se hayan realizado las coordinaciones con los recursos comunitarios correspondientes.

Cuando usted se incorpora a ArchCare Community Life, a usted se le asignará un Gestor de Atención, quien le ayudará a tener acceso a los servicios que usted necesita, a fin de que pueda permanecer tan independiente y saludable como sea posible. Su Gestor de Atención también:

- Le llamará y le visitará regularmente a usted y a su familia o a otras personas que pudieran asistirle para asegurarse de que usted esté satisfecho(a) con la atención y servicios que usted recibe;
- Trabajarán con su médico de atención primaria para obtener las órdenes médicas necesarias para los servicios cubiertos en su Plan de atención;
- Trabajarán con usted y sus proveedores para autorizar los servicios cubiertos en función de sus necesidades médicas;
- Se comunicará con su médico de atención primaria en relación con cualquier cambio o actualización a su Plan de atención;
- Concertará y coordinará los servicios que están cubiertos por ArchCare Community Life;

- Ayudará a concertar los servicios que usted necesite, los cuales no estén cubiertos por ArchCare Community Life o que no estén disponibles dentro de una red de ArchCare Community Life existente;
- Estará disponible para usted, o le proporcionará cobertura mediante otro Gestor de Atención, 24 horas al día, para ayudarle con su atención o cualquier otro problema que se presente.
- Le educará e informará acerca de los Servicios dirigidos de asistencia personal para el consumidor (CDPAS) y otras opciones de servicio;
- Responderá a sus contactos en el transcurso de 48 horas o menos, lo cual dependerá de sus necesidades y su solicitud

Si usted tiene una enfermedad o trastorno que ponga en riesgo su vida, o un trastorno degenerativo o incapacitante al momento de su inscripción, usted puede continuar con un curso continuo de tratamiento con un proveedor de atención a la salud no perteneciente a la red durante un máximo de 90 días después de su inscripción. Además, si usted está realizando la transición desde un programa de atención Medicaid a largo plazo basado en la comunidad, continuaremos proporcionándole servicios autorizados en el marco de su plan de servicios preexistente al mismo nivel, alcance y monto, durante un mínimo de noventa (90) días, o hasta que su Plan de atención centrada en la persona haya sido activado, lo que ocurra después. El proveedor debe aceptar el pago a la tarifa de ArchCare Community Life, regirse por las políticas de aseguramiento de calidad de ArchCare Community Life y otras políticas y procedimientos y proporcionar a ArchCare Community Life y a su médico de atención primaria la información médica acerca de su atención. El Director médico de ArchCare Community Life podría revisar estas circunstancias.



# ATENCIÓN DE TRANSICIÓN

Para aquellos miembros que tengan 21 años o más de edad y que necesiten colocación a largo plazo en un centro de cuidados, es necesario que usted haya recibido un aviso de la Oficina de Medicaid del Estado de New York en la que se informe en el sentido de que usted requiere inscribirse en, o permanecer inscrito en, un Managed Long Term Care Plan (MLTCP) a fin de poder contar con los beneficios de un centro de cuidados. Usted podrá tener acceso a los beneficios de un asilo para ancianos a través de los proveedores de la red de ArchCare Community Life. En caso de que usted elija un asilo para ancianos fuera de la red de proveedores de ArchCare Community Life, usted requerirá una autorización de ArchCare Community Life.

El personal de ArchCare estará dispuesto a proporcionarle un plan de atención coordinado, además de servicios coordinados. Comuníquese con nosotros cada vez que requiera asistencia, o si tiene preguntas en relación con los beneficios de los asilos para ancianos.

## PLAN DE ATENCIÓN

Usted, su familia, su médico y su Gestor de Atención trabajarán conjuntamente para desarrollar un Plan de atención que satisfaga sus necesidades. El Plan de atención es una descripción por escrito, que incluye los montos, frecuencia y duración de todos los servicios que usted necesita. Se basa en la evaluación que ArchCare Community Life realizó sobre su salud y preferencias y las recomendaciones y órdenes médicas de sus médicos y otros proveedores de cuidados. Su Gestor de Atención trabajará con usted sus proveedores para obtener la autorización necesaria para los servicios y realizar los pagos a los proveedores de la red.

Usted recibirá una copia de su Plan de atención. A su solicitud, usted también recibirá una copia de su Plan de servicios. A medida que cambien sus necesidades, es probable que requiera servicios diferentes, o un cambio en la cantidad de servicios que usted recibe. Su médico, Gestor de Atención y proveedores de la red trabajarán conjuntamente e implementarán cualquier cambio a su Plan de atención. Lo evaluarán periódicamente con usted, para asegurarse de que los servicios que usted recibe continúen satisfaciendo sus necesidades.

Usted es un miembro importante del Equipo de gestión de la atención, de manera que es importante que usted converse con su médico y su Gestor de Atención si usted tiene necesidad de cualquier servicio que usted no esté recibiendo, o si desea cambiar su Plan de atención de alguna manera. Por ejemplo, usted puede solicitar ser examinado(a) por un terapeuta físico más frecuentemente que lo que se autorizó originalmente, o pudiera recibir servicios que usted percibe que ya no necesita. También, deberá comunicar a su Gestor de Atención si usted no está tomando sus medicamentos recetados, o si ha incorporado algún cambio a los medicamentos por su propia cuenta.

## RED DE PROVEEDORES

Cuando usted requiere servicios cubiertos, su Gestor de Atención seleccionará, o le asistirá en, la selección de los proveedores de entre el Directorio de proveedores de ArchCare Community Life y se encargará de, o le ayudarán a realizar los preparativos, para que usted reciba los servicios necesarios. Su Gestor de Atención también le ofrecerá coordinar todos los servicios no cubiertos. Si usted no está satisfecho(a) con un proveedor específico, usted puede llamar a su Gestor de Atención y solicitar un cambio, de modo que él o ella puedan ayudarle a seleccionar un nuevo proveedor a tiempo para su próxima cita programada o solicitada.

## ATENCIÓN FUERA DE LA RED

Usted puede recibir servicios de un proveedor de cuidados de salud fuera de la red de ArchCare Community Life cuando se determine que usted requiere un servicio que un proveedor de nuestra red no puede prestarle. Su Gestor de Atención coordinará estos preparativos de la misma manera que lo hace con su proveedor de la red. Si el servicio fuera de la red normalmente es un servicio cubierto por ArchCare Community Life, Medicare (si usted cuenta con Medicare) y/o ArchCare Community Life pagarán por dicho servicio.

# ATENCIÓN DE TRANSICIÓN DESDE PROVEEDORES DE LA RED

En caso de que su proveedor de la red de ArchCare Community Life abandone ArchCare Community Life durante el transcurso de un tratamiento continuo, su Gestor de Atención podrá encargarse de los preparativos para el pago de la continuación de cualquier tratamiento médicamente necesario realizado por este proveedor, durante un período de transición de hasta 90 días. ACL pondrá a su disposición otras opciones dentro de la red que puedan prestar el servicio. Nos aseguraremos de mantenerle actualizado(a) acerca de los nuevos proveedores de servicio y su disponibilidad emitiéndole nuevas listas o actualizaciones anuales, o más frecuentemente, según sea necesario.

## ATENCIÓN DE EMERGENCIA (SERVICIO NO CUBIERTO)

Una emergencia es el inicio repentino de un trastorno médico o de conducta tal, que se manifieste mediante síntomas de una severidad suficiente, incluyendo dolor severo y que una persona no especialista en ninguna área de la salud, pero con un conocimiento promedio de medicina y salud pueda esperar, de manera razonable, que la omisión de una atención médica inmediata pueda ocasionar lo siguiente:

- Poner la salud de la persona afectada con tal trastorno en grave riesgo o, en el caso de un trastorno de la conducta, poner la salud de la persona o de otras personas en grave peligro;
- Lesiones severas a las funciones corporales de la persona;
- Disfunciones severas a un órgano, o parte de un órgano del cuerpo de tal persona; o bien,
- Desfiguración severa de tal persona.

Los servicios de emergencia son servicios necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia, y **no** están sujetos a autorización previa por parte de ArchCare Community Life.

Si usted tiene una emergencia:

- Llame al 911; o bien,
- Diríjase al centro de emergencia más cercano y muestre sus tarjetas de identificación de Medicare y/o Medicaid y cualquier otra tarjeta de seguro.

Usted, o alguien que le represente deberá notificar a ArchCare Community Life y a su médico tan pronto como sea posible después del episodio, de manera que podamos proporcionarle, o ayudarle a obtener, cualquier servicio que usted necesite después de que se estabilice su condición.

## ATENCIÓN FUERA DEL ÁREA

Si usted tiene previsto permanecer fuera de su hogar o del área de servicio del condado en el que usted reside, por favor, notifíquelo a su Gestor de Atención tan pronto como sea posible, para que este gerente pueda ayudarle en los preparativos de cualquier servicio adecuado que usted pudiera necesitar en el área que visitará. ArchCare Community Life trabajará con usted para planificar sus necesidades y continuar proporcionándole servicios cubiertos que no sean de emergencia en la medida en que se puedan planificar con los proveedores del área correspondiente. Usted puede utilizar su tarjeta de identificación de Medicare o Medicaid o cualquier tarjeta de otro seguro de salud para obtener servicios no cubiertos en el área de servicio y fuera del área de servicio, si el proveedor de atención a la salud acepta Medicare o Medicaid del Estado de New York.

Si usted está fuera del área y se le presenta una emergencia, diríjase al centro de emergencias más cercano.

Usted, o alguien que le represente deberá notificar a ArchCare Community Life tan pronto como sea posible después del episodio.

Se presenta una condición médica o de la conducta de carácter urgente de manera inesperada y se necesitan los cuidados o servicios usualmente necesarios en un plazo de 24 a 48 horas. Si usted está fuera del área de servicio y se enferma y la situación es urgente, aunque no sea una emergencia, por favor, llame por teléfono a su Gestor de Atención para obtener orientación o procurar la atención que necesite y notifique a ArchCare Community Life tan pronto como sea posible después del episodio. De esta manera, su Gestor de Atención podrá cambiar su Plan de atención si es necesario, programar atención de seguimiento si es necesaria, y coordinar los servicios para usted.

# AUTORIZACIONES DE SERVICIO

Los Gestores de Atención de ArchCare Community Life trabajarán con usted, sus proveedores y el equipo de ArchCare para obtener la autorización de los servicios cubiertos por ciertos montos y períodos de tiempo en función de sus necesidades y solicitudes, o las solicitudes de sus proveedores de red.

**Autorización previa** es una solicitud que usted o su proveedor emite en su nombre para la autorización de un nuevo servicio en un período nuevo o ya existente, o un cambio de servicio en el Plan de atención en un nuevo período de autorización. Una **Revisión concurrente** es una solicitud emitida por un miembro de ArchCare Community Life o un proveedor en nombre del miembro a fin de obtener servicios adicionales (más de los mismos servicios) que los autorizados actualmente en el Plan de atención. También puede solicitar que ArchCare Community Life agilice la decisión acerca de un cambio en su Plan de atención. ArchCare Community Life debe decidir si incorporar los cambios solicitados y debe notificarle por teléfono y por escrito según la rapidez que exija su condición, pero no fuera de los plazos indicados a continuación. Si el proveedor lo indica, o nosotros determinamos que un retraso pueda poner en riesgo gravemente su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar su nivel de funciones máximo, utilizaremos la revisión. En caso de que le neguemos la solicitud emitida por usted para hacer expedita nuestra revisión, le notificaremos a usted y manejaremos la situación como una revisión estándar.

Para el caso de Autorizaciones previas, decidiremos y le notificaremos tan pronto como lo exija su condición o en el plazo de tres días hábiles después que hayamos recibido la información necesaria, pero no después de 14 días después que recibamos la solicitud de servicios. Si hacemos el proceso expedito, decidiremos, y le notificaremos tan pronto como lo exija su condición, o dentro de tres días hábiles después que recibamos la solicitud.

Para el caso de Revisiones concurrentes, decidiremos y le notificaremos tan pronto como lo exija su condición, o en un plazo de un día hábil después que recibamos la información necesaria, pero no después de 14 días después que recibamos la solicitud de servicios. Si el procedimiento lo hacemos expedito, decidiremos y le notificaremos tan pronto como lo exija su condición o en el plazo de un día hábil después que recibamos la información necesaria, pero no después de tres días hábiles después que recibamos la solicitud.

Usted o su proveedor podrán solicitar una prórroga de hasta 14 días calendario. ArchCare Community Life podría iniciar una prórroga de hasta 14 días calendarios si el motivo está a su favor y está bien documentada y justificada.

Si su Gestor de Atención está de acuerdo con la solicitud de un nuevo servicio o algún cambio a su servicio actual, cambiaremos su Plan de atención. En caso de que ArchCare Community Life rechace la autorización para un servicio, o si tiene previsto reducir, suspender o rescindir un servicio autorizado, le notificaremos por escrito de modo que usted, o su proveedor, puedan presentar una apelación o una solicitud de audiencia imparcial en la que se trate dicha denegación de servicio. Cualquier decisión en la que se niegue cualquier parte de un servicio solicitado por usted proveedor es una **Notificación de determinación inicial adversa**. Usted o su proveedor podrán apelar una Notificación de acción. (Consulte la sección Presentación de una apelación)



# DERECHOS DE LOS MIEMBROS

Entre sus derechos como miembro figuran los siguientes derechos específicos, y usted tiene la potestad de ejercer sus derechos y no sufrir represalias.

- Usted tiene el derecho a recibir la atención médica necesaria.
- Usted tiene el derecho a acceder de manera oportuna a atención y servicios.
- Usted tiene el derecho a contar con privacidad en relación con su registro médico y el momento en que usted obtiene tratamiento.
- Usted tiene el derecho a obtener información acerca de las opciones y alternativas de tratamiento disponibles presentadas de una manera y lenguaje tales, que usted pueda comprender.
- Usted tiene el derecho a obtener información en un idioma que usted pueda comprender y obtener servicios de interpretación verbales sin costo alguno.
- Usted tiene el derecho a recibir, de sus proveedores, cualquier información necesaria a fin de conceder consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento o tratamiento.
- Usted tiene el derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- Usted tiene el derecho a obtener una copia de sus registros médicos y solicitar que los registros sean modificados o corregidos.
- Usted tiene el derecho de participar en las decisiones en relación con su atención a la salud, lo cual incluye el derecho a negarse a un tratamiento.
- Usted tiene el derecho a estar libre de cualquier forma de restricción o exclusión empleada como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Usted tiene derecho a obtener atención independientemente de su género, raza, estatus de salud, color, edad, origen nacional, orientación sexual,

estado civil o religión.

- Usted tiene el derecho a que se le informe dónde, cuándo y de qué manera obtener los servicios que usted necesita de ArchCare Community Life, lo cual incluye la manera en que usted puede obtener los beneficios cubiertos a partir de proveedores fuera de la red, si los servicios no estuvieran disponibles en nuestra red de proveedores.
- Usted tiene el derecho a presentar quejas ante NYS DOH o HRA y el derecho a utilizar el sistema de audiencias imparciales de NYS o, en algunas instancias, solicitar una apelación externa ante NYS.
- Usted tiene el derecho a nombrar una persona para que hable por usted en relación con su atención y tratamiento.
- Usted tiene el derecho a emitir instrucciones y planes por adelantado en relación con la atención que recibirá.



**SUGERENCIA ÚTIL:** Si usted tiene necesidades especiales, tales como necesidades visuales o auditivas, comuníquese con nosotros y le proporcionaremos asistencia adicional.

## RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

- Proporcionar información sobre salud exacta y completa en relación con sus enfermedades en el pasado, hospitalizaciones, medicamentos, alergias y otros detalles necesarios.
- Trabajar con las personas encargadas de su atención para desarrollar y llevar a cabo su Plan de atención. Si usted tiene preguntas o inquietudes acerca de su Plan de atención, debe conversarlas con sus proveedores de atención a la salud y su Gestor de Atención de enfermería.
- Recibir sus servicios cubiertos a través de la Red de proveedores de ArchCare Community Life y obtener la autorización de su Gestor de Atención para cada uno de estos servicios médicamente necesarios.
- Notificar a ArchCare Community Life acerca de cualquier cambio en su condición de salud.
- Notificar a ArchCare Community Life si usted se muda.
- Notificar a ArchCare Community Life tan pronto como sea posible cuando usted necesite cambiar una cita.
- Utilizar los proveedores de atención a la salud que se muestran en la lista del directorio de Proveedores de ArchCare Community Life para servicios cubiertos.
- Pagar su monto de responsabilidad económica/excedente del paciente mensual o monto de AMI, si lo hubiere, según lo determine el New York Medicaid Choice/Maximus, a ArchCare Community Life de una manera oportuna.
- Estar dispuesto(a) a cooperar con las personas que le prestan atención de la salud.

## CANCELACIÓN VOLUNTARIA DE LA INSCRIPCIÓN

Usted puede solicitar voluntariamente la cancelación de su inscripción en ArchCare Community Life en cualquier momento, por cualquier motivo, emitiendo la comunicación correspondiente a ArchCare Community Life de manera verbal o por escrito. Esta solicitud inicial proceso de cancelación de inscripción en ArchCare Community Life y de los preparativos de atención a través de New York Medicaid Choice/Maximus. Las solicitudes de cancelación voluntaria de la inscripción se envían a New York Medicaid Choice/Maximus para su procesamiento.

Llame a ArchCare Community Life al 1-855-467-9351. ArchCare Community Life y su Gestor de Atención de ayudarán a completar los documentos necesarios, realizar los preparativos de atención para usted y obtener la aprobación de New York Medicaid Choice/Maximus

# CANCELACIÓN INVOLUNTARIA DE LA INSCRIPCIÓN

La cancelación involuntaria de la inscripción significa que ArchCare Community Life ha decidido que usted ya no puede ser un miembro. Hay circunstancias en las que ArchCare Community Life deba cancelar su inscripción, y otras circunstancias en las que ArchCare Community Life pueda deba cancelar su inscripción. ArchCare Community Life no discriminará en función de su estatus de salud, cambios en su estatus de salud ni en la necesidad de, o el costo de los servicios cubiertos.

ArchCare Community Life **deberá** cancelar su inscripción si:

1. ArchCare Community Life se entera de que usted ya no vive en el área de servicio de ArchCare Community Life;
2. Usted se ha mudado dentro de áreas de servicio de ArchCare Community Life y la organización receptora encargada de su inscripción y la evaluación de elegibilidad para la continuación de la inscripción (Departamento local de Servicios Sociales (LDSS) o New York Medicaid Choice/Maximus) le niegan la continuación de su inscripción;
3. Usted abandona el área de servicio de ArchCare Community Life por cualquier motivo durante más de 30 días consecutivos;
4. Usted pierde su elegibilidad para Medicaid;
5. Usted es hospitalizado(a) o ingresa en OMH, OPWDD o en un programa residencial OASAS durante más de 45 días;
6. Usted requiere, desde el punto de vista clínico, una colocación en un asilo para ancianos, pero no califica para Medicaid institucional.

7. Se demuestra que usted, mediante una evaluación, ya no presenta ninguna necesidad funcional o clínica para servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad;
8. Usted no tiene Medicare, y deja de satisfacer el nivel de atención requerido para recibir atención en un asilo para ancianos;
9. Usted se niega a recibir servicios de atención a largo plazo;
10. Usted recibe únicamente servicios de Atención diurna social.



# ARCHCARE COMMUNITY LIFE PUEDA CANCELAR SU INSCRIPCIÓN EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. Deja de pagar o deja de realizar los preparativos correspondientes para que ArchCare Community Life pague cualquier monto adeudado, por ejemplo, un monto de responsabilidad económica/excedente de Medicaid, dentro de 30 días posteriores a la fecha antecedente el primer monto.
2. Usted, o un miembro de su familia/proveedor de cuidados o cualquier otra persona de su hogar incurren en conductas o comportamientos que impidan gravemente la capacidad de ArchCare Community Life de prestar servicios a usted o a otras personas inscritas, y hayamos realizado y documentado esfuerzos razonables para resolver la situación (a menos que la conducta o comportamiento esté relacionada con un cambio adverso en su estatus de salud o utilización de servicio, capacidades mentales disminuidas, o como consecuencia de necesidades especiales).
3. Usted, de manera consciente, no llega a completar y presentar cualquier consentimiento o descargo de responsabilidades necesario que sea razonablemente solicitado por ArchCare Community Life para obtener servicios cubiertos.
4. Usted proporciona información falsa, engañosa o fraudulenta a ArchCare Community Life.
5. Su médico se niega a colaborar con ArchCare Community Life en el desarrollo e implementación de su Plan de atención y usted no desea cambiar de médico. «Colaborar» significa estar dispuesto(a) a remitirle a los proveedores de la red o emitir órdenes por escrito para servicios cubiertos.

Las solicitudes de cancelación involuntaria de inscripción se envían a New York Medicaid Choice/Maximus para su revisión y aprobación.

## ¿CUÁNDO ENTRA EN VIGOR LA CANCELACIÓN DE UNA INSCRIPCIÓN?

Si usted posee Medicaid, la fecha de entrada en vigencia de la cancelación de su inscripción de ArchCare Community Life será el primer día del mes posterior al mes en el cual se haya recibido la solicitud de cancelación de inscripción y la misma sea procesada por New York Medicaid Choice/Maximus. Por lo general, ArchCare Community Life debe recibir un formulario de solicitud firmado antes del 15 del mes para que la cancelación de su inscripción se haga efectiva el mes siguiente. Por ejemplo, si se recibe un formulario el 3 de mayo, su inscripción quedaría cancelada el 1 de junio. Si se recibe un formulario el 20 de mayo, su inscripción quedaría cancelada el 1 de julio. Esto se aplica tanto a las cancelaciones de inscripción voluntarias, como a las no voluntarias.

ArchCare Community Life prestará servicios hasta la fecha de entrada en vigor de la cancelación de su inscripción. ArchCare Community Life también le ayudará a realizar las remisiones y le ayudará a realizar los preparativos para servicios a través de New York Medicaid Choice/Maximus, otros proveedores u otro MLTCP.

## ¿QUÉ ES UN RECLAMO?

Un reclamo es cualquier comunicación enviada a nuestra organización por usted, por un proveedor en su nombre, en la que se expresa insatisfacción en relación con la atención y tratamiento que usted recibe a través de ArchCare Community Life, la cual no implique un cambio en el alcance, cantidad o duración del servicio. Por ejemplo, si alguna persona le dispensara un trato áspero o a usted no le satisface la calidad de la atención o servicios que ha recibido, usted puede presentar un reclamo ante nosotros.

# QUEJAS Y APELACIONES

El siguiente lenguaje relacionado con los modelos de quejas y del proceso de apelación de Managed Long Term Care deberá aparecer en el Manual para Miembros del Contratista.

ArchCare Community Life intentará, en la mejor medida de sus posibilidades, manejar sus inquietudes o problemas tan pronto como sea posible para lograr que usted quede satisfecho(a). Usted puede recurrir bien sea a nuestro proceso de quejas o a nuestro proceso de apelaciones, dependiendo de la clase de problema que usted presente.

No habrá cambios en sus servicios, ni en el tratamiento que usted recibe por parte del personal o proveedores de ArchCare Community Life en virtud de que usted haya presentado una queja o una apelación. Respetaremos su privacidad. Le proporcionaremos cualquier ayuda que pueda necesitar para presentar una queja o apelación. Esto incluye proporcionar servicios de interpretación o cualquier ayuda si usted tiene problemas visuales o auditivos. Puede elegir a alguien (como un pariente, amigo o proveedor) para que sea su representante.

Para presentar una queja, llame al: 1-855-467-9351 o escriba a:

ArchCare Community Life 205 Lexington Avenue, 3rd Floor, New York, NY 10016. Cuando se comunique con nosotros, deberá indicarnos su nombre, dirección, número de teléfono y los detalles del problema.

## ¿QUÉ ES UNA QUEJA?

Una queja es cualquier comunicación que recibamos de usted en la que expresa su insatisfacción en relación con la atención y el tratamiento que recibe por parte de nuestro personal o de los proveedores de los servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien lo trató de manera descortés o si no le complace la calidad de la atención o de los servicios que ha recibido de nosotros, puede presentar una queja ante nosotros.

## EL PROCESO DE QUEJAS

Puede presentarnos una queja verbal o por escrito. La persona que reciba su queja la registrará y el personal correspondiente del plan supervisará la revisión de la queja. Le enviaremos una carta en la que le indicaremos que hemos recibido su queja y una descripción de nuestro proceso de revisión. Revisaremos su queja y le daremos una respuesta por escrito en uno de los siguientes lapsos.

1. Si un retraso pudiera incrementar significativamente el riesgo para su salud, decidiremos en el transcurso de 48 horas posteriores a la recepción de la información necesaria; no obstante, el proceso culminará dentro de los 7 días posteriores a la recepción de la queja.
2. Para todos los demás tipos de quejas, le notificaremos acerca de nuestra decisión en un lapso de 45 días posteriores a la recepción de la información necesaria; no obstante, el proceso deberá culminar dentro de 60 días posteriores a la recepción de la queja.

Nuestra respuesta describirá lo que hayamos encontrado cuando revisemos su queja y nuestra decisión al respecto.



# ¿CÓMO PUEDO APELAR UNA DECISIÓN SOBRE UNA QUEJA?

Si no le satisface la decisión que hayamos tomado en relación con su queja, puede solicitar una segunda revisión mediante una apelación. Debe apelar a la queja llamando al 1-855-467-9351 o escribiendo a ArchCare Community Life, 205 Lexington Avenue, 3rd Floor, New York, NY 10016. Debe presentarse en un lapso de 60 días hábiles, contados a partir de la fecha de recepción de nuestra decisión inicial sobre su queja.

Para las apelaciones estándar, tomaremos la decisión sobre la apelación en un lapso de 30 días hábiles posteriores a la fecha en que recibamos toda la información necesaria para tomar nuestra decisión. Si un retraso en la toma de nuestra decisión incrementa significativamente el riesgo a su salud, recurriremos al proceso expedito de apelación de quejas. Para las apelaciones expeditas de quejas, tomaremos nuestra decisión en un lapso de 2 días hábiles posteriores a la recepción de la información necesaria. Tanto para las apelaciones estándar como expeditas de quejas, le enviaremos un aviso por escrito sobre nuestra decisión. Este aviso incluirá las razones detalladas de nuestra decisión y, en casos que impliquen asuntos clínicos, el fundamento clínico de nuestra decisión.

# ¿QUÉ ES UNA DECISIÓN?

Cuando ArchCare Community Life niega o limita los servicios solicitados por usted o su proveedor; niega una solicitud para una remisión; decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; restringe, reduce, suspende o cancela los servicios que ya autorizamos; niega el pago para los servicios; no presta los servicios oportunamente o no toma medidas sobre las quejas o apelaciones dentro de los lapsos predeterminados, estas acciones se consideran "decisiones" del plan. Una decisión está sujeta a apelación. (Consulte la sección ¿Cómo presento una Apelación sobre una Decisión? a continuación para obtener más información).

# PLAZOS DE AVISO DE LA DECISIÓN

Si decidimos negar o limitar los servicios que usted ha solicitado o decidimos no pagar la totalidad o una parte de un servicio cubierto, le enviaremos un aviso cuando tomemos nuestra decisión. Si proponemos restringir, reducir, suspender o cancelar un servicio que ya se haya autorizado, enviaremos una carta con al menos 10 días de antelación antes de intentar modificar el servicio.

## CONTENIDO DEL AVISO DE LA DECISIÓN

Cualquier aviso que le enviemos en relación con una decisión que hayamos tomado:

- Le explicará la decisión que hayamos tomado o tenemos previsto tomar;
- Nombrará las razones de la decisión, incluido cualquier fundamento clínico;
- Describirá su derecho a presentar una apelación ante nosotros, lo cual incluye la posibilidad de que tenga el derecho a recurrir a un proceso externo de apelaciones;
- Describirá la manera de presentar una apelación interna y las circunstancias en las cuales usted puede solicitar que aceleremos (hagamos más expedita) nuestra revisión de su apelación interna;
- Describirá la disponibilidad de criterios clínicos de revisión en los que se base la decisión, si esta implicara temas de necesidad médica o si el tratamiento o servicio en cuestión fuera experimental o con fines de investigación;
- Describirá cualquier información que usted o su proveedor deba proporcionar que nos sirva de base para tomar una decisión sobre la apelación.

En el caso de que restrinjamos, reduzcamos, suspendamos o cancelemos un servicio autorizado, el aviso le informará sobre su derecho a que continúen los servicios mientras decidimos sobre su apelación, la manera de solicitar que los servicios continúen y las circunstancias en las que podría tener que pagar por los servicios si estos se continúan mientras revisamos su apelación.

## ¿CÓMO APELO A UNA DECISIÓN?

Si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado, puede apelar. Cuando usted presenta una apelación, significa que debemos revisar el motivo de nuestra decisión, a fin de decidir si fue correcta. Puede presentar verbalmente o por escrito una apelación de una decisión que hayamos tomado en relación con el plan. Cuando el plan le envíe una carta respecto a una decisión que se esté tomando (como negar, limitar o no pagar por servicios), usted deberá presentar una solicitud de apelación en un lapso de 60 días posteriores a la fecha impresa en nuestra carta, en la que se le notifica acerca de la decisión.

## ¿CÓMO ME COMUNICO CON MI PLAN PARA PRESENTAR UNA APELACIÓN?

Nos puede llamar al 1-855-467-9351 o escribir a: ArchCare Community Life 205 Lexington Avenue, 3rd Floor, New York, NY 10016.

La persona que reciba su apelación la registrará y el personal correspondiente supervisará la revisión de la apelación. Le enviaremos una carta para indicarle que recibimos su apelación con una copia de su expediente, el cual incluye los registros médicos y otros documentos utilizados para tomar la decisión original. Personal clínico calificado, que no haya participado ni en la decisión inicial del plan ni en la decisión que usted está apelando, revisará su apelación.

## PARA EL CASO DE ALGUNAS DECISIONES, USTED PUEDE SOLICITAR CONTINUAR LOS SERVICIOS DURANTE EL PROCESO DE APELACIÓN

Si está apelando una restricción, reducción, suspensión o cancelación de los servicios autorizados actualmente para usted, puede solicitar que continúe recibiendo estos servicios mientras se decide su apelación. Debemos continuar prestando nuestro servicio si usted realiza su solicitud a más tardar 10 días contados a partir de la fecha del aviso acerca de la restricción, reducción, suspensión o cancelación de los servicios o la fecha prevista para la entrada en vigor de la decisión propuesta, lo que ocurra después.

Sus servicios continuarán hasta que retire la apelación o hasta 10 días después de enviarle por correo el aviso sobre nuestra decisión de la apelación, si nuestra decisión no es a su favor, a menos que haya solicitado una audiencia imparcial de Medicaid ante el Estado de New York con la continuación de los servicios. (Consulte la sección de Audiencias Imparciales a continuación).

Aun cuando puede solicitar que se continúen prestando los servicios mientras se revisa su apelación, si no se decide a su favor, es posible que le exijamos pagar por estos servicios, en caso de que se hayan prestado únicamente porque usted solicitó continuar recibiendo los servicios mientras se revisaba su caso.

## ¿CUÁNTO TIEMPO TARDA EL PLAN EN DECIDIR SOBRE MI APELACIÓN DE UNA DECISIÓN?

A menos que usted solicite una revisión expedita, revisaremos su apelación de la decisión que hayamos tomado en forma de apelación estándar y le enviaremos una decisión por escrito tan pronto como lo exija su estado de salud, a más tardar 30 días contados a partir de la fecha en que recibamos una apelación. (El período de revisión podrá incrementarse hasta 14 días si usted solicita una prórroga o si necesitamos más información y el retraso es un factor a su favor). Durante nuestra revisión, usted tendrá la oportunidad de presentar su caso en persona y por escrito. Asimismo, tendrá la oportunidad de examinar cualquiera de sus registros que forman parte de la revisión de la apelación.

Le enviaremos un aviso con respecto a la decisión que hayamos tomado sobre su apelación, en el cual se identificará la decisión y la fecha en que se tomó.

Si revocamos nuestra decisión de negar o limitar los servicios solicitados, o de restringir, reducir, suspender o cancelar los servicios, y dichos servicios no se hayan prestado mientras su apelación estaba pendiente, le prestaremos los servicios impugnados tan pronto como lo amerite su estado de salud. En algunos casos, usted podrá solicitar una apelación "expedita". (Consulte la sección del proceso de apelación expedita al lado derecho).



## PROCESO DE APELACIÓN EXPEDITA

Si usted o su proveedor presumen que el tiempo que se tarda una apelación estándar podría ocasionar un problema grave para su salud o vida, usted podrá solicitar una revisión expedita de su apelación de la decisión. Le responderemos informándole sobre nuestra decisión en el transcurso de 72 horas. En ningún caso el tiempo para emitir nuestra decisión excederá las 72 horas posteriores al momento en que recibamos su apelación. (El período de revisión podrá incrementarse hasta 14 días si usted solicita una prórroga o si necesitamos más información y el retraso es un factor a su favor).

Si no estamos de acuerdo con su solicitud de apelación expedita, nos esforzaremos por comunicarle personalmente que la hemos negado y que manejaremos su apelación como apelación estándar. Además, le enviaremos un aviso por escrito sobre nuestra decisión de denegar su solicitud de apelación expedita en el transcurso de 2 días posteriores a la recepción de su solicitud.

## SI EL PLAN NIEGA 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 ante el Estado de New York y cómo obtenerla, quién puede comparecer en su nombre y, en el caso de algunas apelaciones, su derecho a solicitar recibir los servicios mientras se realice la audiencia y cómo realizar la solicitud.

**Nota: Deberá solicitar una audiencia imparcial en el transcurso de 120 días calendario, contados a partir de la fecha que aparece en el Aviso de la Determinación Desfavorable Definitiva.**

Si negamos su apelación por problemas de necesidad médica o porque el servicio en cuestión era experimental o con fines de investigación, el aviso también explicará la manera de solicitar al Estado de New York una "apelación externa" de nuestra decisión.

# AUDIENCIAS IMPARCIALES ESTATALES

Si no tomamos una decisión de la apelación totalmente a su favor, usted puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid ante el Estado de New York en el transcurso de 120 días posteriores a la fecha en que le enviemos el aviso sobre nuestra decisión con respecto a su apelación.

Si usted está apelando una restricción, reducción, suspensión o cancelación de los servicios autorizados actualmente para usted y solicitó una audiencia imparcial, usted continuará recibiendo estos servicios mientras espera la decisión de dicha audiencia. Deberá realizar su solicitud para una audiencia imparcial en un lapso de 10 días, contados a partir de la fecha en que le enviemos la decisión de la apelación o antes de la fecha prevista para la entrada en vigor de nuestra decisión de restringir, reducir, suspender o cancelar sus servicios, lo que ocurra después.

Sus beneficios continuarán hasta que usted retire la solicitud de audiencia imparcial o cuando el funcionario de audiencias imparciales del Estado emita una decisión que no sea a su favor, lo que ocurra primero.

Si el funcionario de audiencias imparciales del Estado revoca nuestra decisión, deberemos asegurarnos de que usted reciba oportunamente los servicios impugnados y tan pronto como lo amerite su estado de salud, a más tardar a las 72 horas contadas a partir de la fecha en que el plan reciba la decisión de la audiencia imparcial. Si usted recibió los servicios impugnados mientras su apelación estaba pendiente, nos encargaremos de pagar los servicios cubiertos y ordenados por el funcionario de audiencias imparciales.

Aun cuando puede solicitar que se continúen prestando los servicios mientras espera por la decisión de la audiencia imparcial, si esta no se decide a su favor, es posible que tenga que responsabilizarse por los pagos de los servicios que fueron objeto de la audiencia imparcial.

Puede presentar una solicitud de audiencia imparcial ante el Estado de New York, al comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidad:

- **Formulario de solicitud en línea:**  
<http://otda.ny.gov/oah/FHReg.asp>
- **Envíe por correo un formulario de solicitud impreso:**  
NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings Managed Care  
Hearing Unit  
P.O. Box 22023  
Albany, New York 12201-2023
- **Envíe por fax el formulario de solicitud impreso:**  
(518) 473-6735
- **Solicitud por teléfono:**  
Línea estándar para audiencias imparciales - 1 (800) 342-3334  
Línea de emergencia para audiencias imparciales - 1 (800) 205-0110  
Línea TTY - 711 (pida al operador que llame al 1 (877) 502-6155)
- **Solicitud en persona:**  
Ciudad de New York  
14 Boerum Place, 1st Floor  
Brooklyn, New York 11201  
Albany  
40 North Pearl Street, 15th Floor  
Albany, New York 12243

**Para obtener más información acerca de cómo solicitar una audiencia imparcial, por favor visite:**  
<http://otda.ny.gov/hearings/request/>

# APELACIONES EXTERNAS ESTATALES

Si le negamos su apelación debido a que determinemos que el servicio no es médicamente necesario, es experimental o es el objeto de una investigación, puede solicitar una apelación externa ante el Estado de New York. Revisores que no trabajan para nosotros, ni para el Estado de New York, deciden la apelación externa. Estos revisores son profesionales calificados aprobados por el Estado de New York. Usted no tiene que pagar para solicitar una apelación externa.

Cuando tomemos una decisión de negarle una apelación porque no hay necesidad médica o por el hecho de que el servicio sea experimental o de investigación, le proporcionaremos información sobre la manera de presentar una apelación externa, lo cual incluye un formulario en el cual presentar una apelación externa junto con nuestra decisión de denegar una apelación. Si desea una apelación externa, deberá presentar el formulario ante el Departamento de Servicios Financieros del Estado de New York en un lapso de cuatro meses, contados a partir de la fecha de que negamos su apelación.

Su apelación externa se decidirá en un lapso de 30 días. Es posible que se requiera más tiempo (hasta 5 días hábiles) si el revisor de la apelación externa solicita más información. El revisor les indicará a usted y a nosotros la decisión definitiva en el transcurso de dos días hábiles, contados a partir del momento en que se tome la decisión.

Usted puede obtener una decisión más rápida si su médico puede aseverar que un retraso le causaría un daño severo a su salud. Esto es lo que se denomina una apelación expedita externa. El revisor de apelaciones externo decidirá una apelación expedita en 3 días o menos. El revisor le indicará a usted y a nosotros la decisión inmediatamente por teléfono o fax. Posteriormente, se enviará una carta en la que se le indique la decisión.

Usted puede solicitar tanto una audiencia imparcial como una apelación externa. Si usted solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión del funcionario de audiencias imparciales será "la que se tomará en cuenta".

# AUTORIZACIONES DE SERVICIO Y REQUISITOS DE DECISIONES

## DEFINICIONES

Revisión de autorización previa: es la revisión de una solicitud del Afiliado, o del proveedor en nombre del Afiliado, para la cobertura de un nuevo servicio (bien sea para un período nuevo de autorización o dentro de un período de autorización existente) o una solicitud para cambiar un servicio determinado en el plan de atención para un nuevo período de autorización, antes de que se preste el servicio al afiliado.

Revisión concurrente: es la revisión de una solicitud del Afiliado, o del proveedor en nombre del Afiliado, a fin de obtener servicios adicionales (p. ej., más de los mismos servicios) que están autorizados actualmente en el plan de atención o para servicios de atención médica a domicilio, cubiertos por Medicaid, luego de una hospitalización.

Revisión expedita: El Afiliado deberá recibir una revisión expedita de su Solicitud de Autorización de Servicio cuando el plan lo determine o cuando un proveedor indique que un retraso pueda comprometer la vida, la salud o la capacidad para lograr, mantener o recuperar el nivel máximo de funciones del Afiliado. El Afiliado puede solicitar la revisión expedita de una revisión de Autorización Previa o Concurrente. Las apelaciones de las decisiones que resulten de una Revisión Concurrente deberán manejarse como expeditas.



## DISPOSICIONES GENERALES

Cualquier Decisión que tome el Contratista sobre los servicios por necesidad médica, experimentales o de investigación deberá tomarla un revisor clínico conforme a lo establecido en la Ley de Salud Pública (Public Health Law, PHL) §4900(2)(a).

Las Determinaciones Desfavorables, distintas a las que tengan que ver con los servicios por necesidad médica, experimentales o de investigación, deberán tomarse por un profesional médico licenciado, certificado o registrado, cuando se basen en una evaluación del estado de salud del afiliado o de la idoneidad del nivel, cantidad o método de atención. Este requisito se aplica a las determinaciones que nieguen las reclamaciones debido a que los servicios en cuestión no son un beneficio cubierto cuando la cobertura depende de una evaluación del estado de salud del afiliado y de las solicitudes de autorización de servicio, entre los que se encuentran los servicios incluidos en el Paquete de Beneficios, remisiones y servicios fuera de la red.

El plan deberá notificar a los miembros sobre la disponibilidad de asistencia (para temas de lenguaje, audición y habla) si se desea presentar una apelación y de qué manera obtener esa asistencia. El Contratista utilizará el modelo de Determinación Desfavorable Inicial de MLTC del Departamento.

## PLAZOS PARA LA DETERMINACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

1. Para las solicitudes de Autorización Previa, el Contratista deberá realizar una Determinación de Autorización de Servicios y notificarlo al Afiliado por vía telefónica o por escrito, tan pronto lo requiera el estado del Afiliado y en un plazo no mayor a:
  - a. Expedita: Setenta y dos (72) horas después de recibir la solicitud de autorización de servicio.
  - b. Estándar: Catorce (14) días después de la recepción de la solicitud de autorización de servicio.
2. Para las Solicitudes de revisión concurrentes, el Contratista deberá realizar una Determinación de Autorización de Servicios y notificarla al Afiliado vía telefónica o por escrito, tan pronto lo requiera el estado del Afiliado y en un plazo no mayor a:
  - a. Expedita: Setenta y dos (72) horas después de recibir la solicitud de autorización de servicio.
  - b. Estándar: Catorce (14) horas después de recibir la solicitud de autorización de servicio.
  - c. En el caso de una solicitud de servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicaid luego de una hospitalización, un (1) día hábil después de la recepción de la información necesaria, excepto cuando el día posterior a la Solicitud de Autorización de Servicios cae un fin de semana o día festivo, entonces setenta y dos horas (72) después de la recepción de la información necesaria, pero en todo caso, no mayor a tres (3) días hábiles después de la recepción de la Solicitud de Autorización de Servicios.

3. Hasta 14 días calendario de prórroga. El Afiliado o el proveedor en su nombre puede solicitar la prórroga por escrito o verbalmente. El plan también podrá iniciar una prórroga si puede justificar la necesidad de información adicional y si beneficia al afiliado. En todos los casos, el motivo de la prórroga deberá estar bien documentado.
  - a. El Plan de MLTC deberá notificar al Afiliado sobre la prórroga de la fecha límite para la revisión de su solicitud de servicio. El Plan de MLTC deberá explicar el motivo del retraso y la manera en que el retraso favorece al Afiliado. El Plan de MLTC debería solicitar cualquier información adicional que sea necesaria para la determinación o nueva determinación y debería ayudar al afiliado con una enumeración de las posibles fuentes de la información solicitada.
4. El Afiliado o proveedor puede apelar la decisión: consulte los Procedimientos de Apelación.
5. Si el plan niega la solicitud de revisión expedita del Afiliado, la gestionará como revisión estándar.
  - a. el Contratista deberá notificar al Afiliado si se niega su solicitud de revisión expedita y que se revisará la solicitud de servicio del Afiliado en el plazo estándar.

## OTROS PLAZOS PARA AVISOS DE DECISIONES

1. Cuando el Contratista intente restringir, reducir, suspender o cancelar la autorización de un servicio previamente autorizado dentro del período de autorización, bien sea como resultado de la Determinación de la Autorización de Servicio u otra Decisión, deberá proporcionar al Afiliado un aviso por escrito al menos (10) días antes de la fecha prevista para la entrada en vigor de la Decisión, salvo cuando:
  - a. el plazo de aviso previo es menor a cinco (5) días en los casos de fraude confirmado del Afiliado; o
  - b. el Contratista puede enviar por correo el aviso antes de la fecha de la Decisión por los siguientes motivos:
    - i. el fallecimiento del Afiliado;
    - ii. una declaración por escrito y firmada del Afiliado, donde se solicita la cancelación del servicio o se suministra información para solicitar la cancelación o reducción de los servicios (donde queda entendido por parte del Afiliado que esto sería el resultado de suministrar la información);
  - iii. la admisión del Afiliado a una institución donde no es elegible para más servicios;
  - iv. se desconoce la dirección del Afiliado y se devuelve el correo dirigido al afiliado, donde se indica que no existe una dirección para la entrega;
  - v. otra jurisdicción ha aceptado al Afiliado ha sido aceptado para los servicios de Medicaid; o
  - vi. el médico del Afiliado prescribe un cambio en el nivel de la atención médica.
- c. Con respecto a los Servicios Comunitarios de Atención Médica a Largo Plazo (Community Based Long Term Care, CBLTCS) y los Servicios y Apoyos Institucionales a Largo Plazo (Institutional Long Term Services and Supports, ILTSS), cuando el Contratista se proponga reducir, suspender o cancelar un servicio autorizado previamente o emitir una autorización para un nuevo período que sea menor en nivel o cantidad en relación con el servicio autorizado previamente, deberá enviarle al Afiliado un aviso por escrito al menos (10) días antes de la fecha prevista para la entrada en vigor de la Decisión, independientemente de la fecha de vencimiento del período de autorización original, excepto en las circunstancias descritas en 1(a)-(b).
  - i. con respecto a los CBLTCS y ILTSS, cuando el Contratista se proponga reducir, suspender o cancelar un servicio autorizado previamente o emitir una autorización para un nuevo período que sea menor en nivel o cantidad en relación con el servicio autorizado previamente, el Contratista no fijará la fecha de entrada en vigor de la Decisión en un día no laborable, a menos que proporcione una cobertura vía telefónica en vivo disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días a la semana para aceptar y responder las Quejas, las Apelaciones de Quejas y las Apelaciones de las Decisiones.
- d. El Contratista deberá enviar por correo un aviso al Afiliado sobre la fecha de la Decisión cuando esta niegue el pago completo o parcial.
- e. Cuando el Contratista no realice ninguna determinación dentro de los plazos de la Determinación de la Autorización del Servicio que se señalan este Anexo, se considerará Determinación Desfavorable, y deberá enviar al Afiliado un aviso de la Decisión sobre la fecha en que venzan los plazos.

# CONTENIDO DE LOS AVISOS DE DECISIONES

1. El Contratista deberá utilizar el modelo del Aviso de Determinación Desfavorable Inicial de MLTC para todas las decisiones, excepto las que se basan en un intento por restringir el acceso a los proveedores de conformidad con el programa de restricción de beneficiarios.
2. En lo concerniente a las decisiones basadas en un intento por restringir el acceso a los proveedores de conformidad con el programa de restricción de beneficiarios, el aviso de la decisión deberá constar de lo siguiente, según lo requiera:
  - a. la fecha en que comienza la restricción;
  - b. el efecto y alcance de la restricción;
  - c. el motivo de la restricción;
  - d. el derecho del beneficiario a apelación;
  - e. instrucciones para solicitar una apelación, incluido el derecho a seguir recibiendo ayuda si se realiza la solicitud antes de la fecha para la entrada en vigor de la decisión prevista o 10 días después del envío de los avisos, lo que ocurra después;
  - f. el derecho del Contratista a designar a un proveedor primario para el beneficiario;
  - g. el derecho del beneficiario a seleccionar a un proveedor primario dentro de las dos semanas de la fecha del aviso de intención de restricción, si el Contratista puede proporcionarle al beneficiario una opción limitada de proveedores primarios;
  - h. el derecho del beneficiario a solicitar un cambio de proveedor primario cada tres meses o antes, con justificación suficiente;
  - i. el derecho a una conferencia con el Contratista para tratar el motivo y el efecto de la restricción prevista;
  - j. el derecho del beneficiario a explicar y presentar la documentación, bien sea en una conferencia o envío, donde se demuestre la necesidad médica de cualquiera de los servicios citados como utilizados indebidamente en el Paquete de Información para el Beneficiario;
  - k. el nombre y número de teléfono de la persona de contacto para planificar una conferencia;
  - l. el hecho de que una conferencia no suspende la fecha de entrada en vigencia que se indica en el aviso de intención de restricción;
  - m. el hecho de que la conferencia no reemplaza ni limita el derecho del beneficiario a una audiencia imparcial;
  - n. el derecho del beneficiario a examinar su expediente, y
  - o. el derecho del beneficiario a examinar los registros llevados por el Contratista que pueden identificar los servicios MA pagados en nombre del beneficiario. Esta información se conoce generalmente como “detalle de la reclamación” o información del “perfil del beneficiario”.

## La discriminación es ilegal

ArchCare cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina a las personas por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. ArchCare no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color de piel, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

### ArchCare

- Brinda servicios y auxilios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de lengua de señas.
  - Información escrita en otros formatos (en letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Brinda servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con Victor Fama al (917) 484-5055 TTY 711.

**Si considera que ArchCare no le ha ofrecido estos servicios o lo discriminó de alguna otra forma debido a su raza, color de piel, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a: Victor Fama, (917) 484-5055 TTY 711 o al correo electrónico [compliancereport@archcare.org](mailto:compliancereport@archcare.org). Puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, Victor Fama (917) 484-5055, TTY 711 está a su disposición para ayudarlo.**

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, por vía electrónica, a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles que está disponible en [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard\\_cp.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf) o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en línea en <http://www.hhs.gov/civilcomplaint/complaint-process/index.html>

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-380-2589 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-380-2589 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-380-2589 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-380-2589 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하지는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-380-2589 (청각 장애인용 서비스: 711)으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-380-2589 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-380-2589 (телетайп: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-380-2589 (TTY: 711) رقم هاتف الصم والبكم

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-380-2589 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-380-2589 (ATS: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-380-2589 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-380-2589 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-380-2589 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-380-2589 (TTY: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。(1-855-380-2589 (TTY: 711).まで、お電話にてご連絡ください。

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو ☒ کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما بگنید تماس (1-855-380-2589 (TTY: 711) با باشد ف









1-855-467-9351 (TTD/TTY: 711)

205 Lexington Avenue, 3rd Floor, New York, NY 10016