



Manual para Miembros de Hamaspik Medicare Choice 2026



HAMASPIK, INC.



TABLA DE CONTENIDOS

<u>Sección I: Ayuda de Servicios para Miembros</u>	2
<u>Sección II: Elegibilidad para inscripción en el Programa MAP</u>	2
<u>Sección III: Servicios que están cubiertos por el Programa MAP</u>	5
<u>Sección IV: Servicios de Medicaid no cubiertos por nuestro plan</u>	13
<u>Sección V: Autorizaciones de servicio, apelaciones y reclamos</u>	14
<u>Sección VI: Cancelación de inscripción en el Programa MAP</u>	24
<u>Sección VII: Competencia lingüística y cultural</u>	26
<u>Sección VIII: Derechos y responsabilidades como miembro</u>	26

LE DAMOS LA BIENVENIDA AL PROGRAMA MEDICAID ADVANTAGE PLUS (MAP) DE Hamaspik Medicare Choice

Bienvenido al Programa Medicaid Advantage Plus (MAP) d Hamaspik Medicare Choice. El Programa MAP está diseñado para personas que tienen Medicare y Medicaid y que necesitan atención de salud y servicios y apoyos comunitarios a largo plazo (CBLTSS), como atención domiciliaria y atención personal, para permanecer en sus hogares y comunidades el mayor tiempo posible.

Este manual le indica sobre los beneficios agregados que cubre Hamaspik Medicare Choice desde su inscripción en el Programa Hamaspik Medicare Choice MAP. También le indica cómo solicitar un servicio, presentar una queja o cancelar su inscripción en el Programa Hamaspik Medicare Choice MAP. Los beneficios descritos en este manual son adicionales a los beneficios de Medicare descritos en la Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Choice. Conserve este manual junto a la Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Choice. Necesita saber qué servicios están cubiertos y cómo obtenerlos.

Sección I: AYUDA DESDE Servicios para Miembros de Hamaspik Medicare Choice

Puede llamarnos en cualquier momento, las 24 horas del día, los siete días de la semana, a los números de Servicios para Miembros de Hamaspik Medicare Choice que aparecen a continuación.

Hay alguien para ayudarlo en Servicios para Miembros:

disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2025 al 31 de marzo de 2026. Desde el 1 de abril de 2026 al 30 de septiembre de 2026, nuestro equipo de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774, TTY 711

Puede recibir la información en otro idioma o en un formato diferente en caso de que tenga problemas de visión. Llame a Servicios para Miembros y el personal podrá ayudarlo. Estos servicios están disponibles para usted sin costo alguno.

SECCIÓN II: ELEGIBILIDAD PARA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA MAP

MAP es un programa para personas que tienen Medicare y Medicaid. Usted es elegible para el Programa MAP si cumple con todos los siguientes requerimientos:

- 1) Personas de 18 años o mayores,
- 2) Reside en el área de servicio del Plan, que incluye los siguientes condados:
 - Bronx
 - Dutchess
 - Kings (Brooklyn)

- Nassau
 - New York (Manhattan)
 - Orange
 - Putnam
 - Queens
 - Richmond (Staten Island)
 - Rockland
 - Sullivan
 - Ulster
 - Westchester
- 3) Tiene Medicaid,
 - 4) Tiene evidencia de la cobertura de la Parte A y B de Medicare,
 - 5) Debe inscribirse en el Plan de Necesidades Especiales Medicare Dual Advantage de Hamaspik Medicare Choice.
 - 6) Es capaz, en el momento de la inscripción, de regresar de o permanecer en su domicilio y comunidad sin poner en riesgo su salud e integridad o se le coloca de manera permanente en una residencia de ancianos
 - 7) Usted requiere al menos un CBLTSS por más de 120 días y lo siguiente:
 - las personas con un diagnóstico médico de Demencia o Alzheimer, con necesidad de supervisión mínima con más de una actividad de la vida cotidiana (ADL); o
 - personas que sean evaluadas con necesidad de asistencia limitada con maniobras físicas con más de dos actividades de la vida cotidiana (ADL).

CBLTSS incluye los servicios prestados en la residencia o entorno comunitario (cualquier lugar de residencia, sea permanente o temporal, diferente de un hospital, enfermería especializada u otra instalación de salud asociada) según se incluya en el paquete de beneficios del plan MAP y provisto por el plan MAP cuando sea médicamente necesario. CBLTSS se compone servicios de enfermería privada, Enfermería especializada, servicios de salud residencial, servicios de atención personal*, Servicios de asistencia personal avocados al consumidor y atención diurna para adultos.

* El Nivel 2 requiere asistencia física con las actividades de la vida cotidiana. Servicios como limpieza del hogar y compras no cumplen lo necesario para ser servicios de nivel 2. [Puede encontrar más información en el Título 18 - 505.14.](#)

Nota: A las personas inscritas en el programa MLTC a partir de agosto de 2025 se les concederá el estado heredado del Plan MLTC y se les evaluará en virtud del criterio anterior siempre que permanezcan inscritos continuamente. Estas personas con la condición heredada del Plan MLTC no tendrán la obligación de cumplir los Requerimientos mínimo de necesidades en la reevaluación.

Usted debe elegir uno de los médicos del plan para que sea su Proveedor de atención primaria (PCP). Si decide cambiar después su plan de Medicare, también deberá abandonar Hamaspik Medicare Choice.

La cobertura explicada en este manual entra en vigencia en la fecha de vigencia de su inscripción en el Programa Hamaspik Medicare Choice MAP. La Inscripción en el Programa MAP es voluntaria.

Programa New York Independent Assessor (NYIAP) - Proceso de evaluación inicial

El NYIAP realizará una evaluación inicial para individuos que han expresado un interés en inscribirse en un plan de Atención Controlado a Largo Plazo. El proceso de evaluación inicial comprende la realización de:

- ***Evaluación de salud comunitaria (CHA)***: El CHA se utiliza para saber si usted requiere de cuidados personales o de servicios de asistencia personal avocados al consumidor (PCS/CDPAS) y es elegible para inscripción en un plan MLTC.
- ***Cita clínica y orden de facultativo (PO)***: La PO documenta su cita clínica e indica que usted:
 - tiene una necesidad de ayuda con actividades cotidianas, y
 - que su condición médica es estable, por lo que podría recibir PCS y/o CDPAS en su hogar.

El NYIAP se encargará de agendar la evaluación CHA y la cita clínica. La evaluación CHA será completada por un enfermero profesional registrado (RN). Después de la evaluación CHA, personal clínico del NYIAP completará una cita clínica y PO unos días más tarde.

Una vez al año usted, como afiliado de MLTC, será reevaluado por Hamaspik Medicare Choice, para garantizar que sus necesidades sigan cumpliendo con los requerimientos de elegibilidad del Programa MLTC.

Hamaspik Medicare Choice utilizará la evaluación CHA y los resultados de PO para ver qué tipo de ayuda usted necesita y crear su plan de atención. Si su plan de atención propone PCS y/o CDPAS por un periodo superior a doce (12) horas al día en promedio, se necesitará de una revisión del Panel de Revisión Independiente (IRP) de NYIAP. El IRP es un panel de profesionales médicos que revisarán su CHA, PO, plan de atención y cualquier otra documentación médica necesaria. Si requiere más información, alguien en el panel puede solicitar que le examinen y/o discutir sus necesidades con usted. El IRP emitirá una recomendación a Hamaspik Medicare Choice acerca de si el plan de atención cumple con sus necesidades.

Una vez que el NYIAP haya completado los pasos de evaluación inicial y determinado que usted es elegible para MLTC, usted luego debe decidir en qué plan de atención de MLTC desea inscribirse. Debido que también está inscrito en Medicare para este mismo plan, debe elegir combinar sus beneficios e inscribirse en Hamaspik Medicare Choice.

Si es elegible para inscribirse y está interesado en Hamaspik Medicare Choice, personal de enfermería de nuestro programa vendrá a su hogar a la hora que sea conveniente para usted, o se reunirá con usted

de manera “virtual” a través de una aplicación en línea. Si lo desea, también puede tener un familiar u otro cuidador con usted durante la cita. La enfermera revisará su evaluación para confirmar que es elegible para inscribirse y trabajará junto a usted para desarrollar su plan de atención. Compartiremos una copia escrita de su plan de atención con usted antes de su inscripción, para que comprenda los servicios que recibirá en el plan MAP.

Una vez que complete la inscripción en Medicare, y confirmemos con Medicare que usted es elegible, también nos reuniremos con usted para completar los documentos de inscripción de Medicaid. Hamaspik Medicare Choice enviará esta información a Medicaid.

En la mayoría de los casos, su inscripción entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

Hamaspik Medicare Choice puede recomendar la denegación de su inscripción dentro de los diez (10) días calendario posteriores a la recepción de una solicitud de inscripción, si determinamos que no es elegible, según los criterios enumerados anteriormente, o si no proporciona la información que se necesita en para tramitar su inscripción. Si se recomienda la denegación de su inscripción, debe ser aprobada por Medicaid y le enviaremos un aviso que incluye una explicación del motivo de la denegación. Tendrá una oportunidad de apelar a la denegación. Contacte a Servicios para Miembros si necesita más información. Tenga en cuenta que Hamaspik Medicare Choice no discriminará en el proceso de inscripción en función de su estado de salud, cualquier cambio en su estado de salud, los servicios que necesita o el costo de sus servicios cubiertos.

Si se inscribe y luego cambia de opinión, puede cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros para informarnos. Si desea retirar su inscripción, debe informarnos antes del mediodía del día 25 del mes anterior a la fecha de vigencia.

Tarjeta de Miembro (ID) del Plan

Usted recibirá su tarjeta de identificación (ID) de Hamaspik Medicare Choice dentro de catorce (14) días a partir de la fecha efectiva de inscripción. Verifique que toda la información en su tarjeta sea correcta. Asegúrese de llevar su tarjeta de identificación consigo en todo momento junto con su tarjeta de Medicaid. En caso de que la pierda o se la roben, comuníquese con Servicios para Miembros de Hamaspik Medicare Choice llamando al 1-888-426-2774, TTY 711.

Estándares de cita de salud conductual

Utilice la siguiente lista como los **estándares de cita para nuestros límites referentes a cuánto podría esperar usted después de solicitar una cita de salud conductual**

- Cita inicial con una instalación o clínica ambulatoria: 10 días hábiles
- Cita inicial con un profesional de salud conductual que no tenga contrato o trabaje en una instalación o clínica ambulatoria: 10 días hábiles
- Visita de seguimiento después de una visita a sala de emergencias (ER) por abuso de sustancias/salud mental o consulta hospitalaria: 5 días hábiles

- Visita por salud mental o abuso de sustancia no considerada de emergencia: 5 días hábiles

Si usted no logra programar una cita de salud conductual dentro de los tiempos de espera indicados anteriormente, usted o su persona designada, podrían presentar un reclamo de acceso a Hamaspik Medicare Choice por teléfono al 1-888-426-2774 por escrito a Hamaspik Medicare Choice 775 North Main Street Spring Valley, NY 10977 para resolver este asunto.

Si no logró encontrar un proveedor de plan participante que pueda tratar su condición de salud conductual, usted puede recibir una referencia a un proveedor fuera de la red calificado que pueda tratarle.

Reclamo por acceso a salud conductual

Si no logra programar una cita de salud conductual y si presenta un reclamo por acceso a salud conductual, Hamaspik Medicare Choice debe darle el nombre e información de contacto de un proveedor que pueda tratar su condición de salud conductual. Hamaspik Medicare Choice debe brindarle esta información dentro de tres (3) días hábiles después de recibir su reclamo.

SECCIÓN III: SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PROGRAMA MAP DE HAMASPIK MEDICARE CHOICE

Deducibles y Copagos de los Servicios Cubiertos por Medicare

Muchos de los servicios que recibe, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios, las visitas al médico, los servicios de emergencia y las pruebas de laboratorio, están cubiertos por Medicare y se describen en la Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Choice. El Capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Choice explica las reglas para usar proveedores del plan y recibir atención en una emergencia médica o situación de atención urgente. Algunos servicios tienen deducibles y copagos. Estos montos se muestran en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Choice en la columna, “Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos”. Debido a que se ha inscrito en Hamaspik Medicare Choice y tiene Medicaid, Hamaspik Medicare Choice pagará estos montos por usted. No tiene que pagar estos deducibles y copagos, excepto los que se aplican a algunos artículos de farmacia.

Si hay una prima mensual por los beneficios (consulte el Capítulo 1 de la Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Choice), no tendrá que pagar esa prima ya que tiene Medicaid. También cubriremos muchos servicios que no están cubiertos por Medicare, pero sí por Medicaid. Las secciones a continuación explican qué tiene cobertura.

Servicios de Administración de Atención

Como miembro de nuestro plan, recibirá Servicios de Administración de Atención. Nuestro plan le proporcionará un administrador de atención que es un profesional de atención médica: generalmente una enfermera o un trabajador social. Su

administrador de atención trabajará con usted y su médico para decidir los servicios que necesita y desarrollar un plan de atención. Su administrador de atención también coordinará citas para cualquier servicio que necesite y coordinará el transporte a esos servicios.

Servicios Adicionales Cubiertos

Debido a que tiene Medicaid y califica para el programa MAP, nuestro plan coordinará y pagará los servicios sociales y de salud adicionales que se describen a continuación. Puede obtener estos servicios siempre que sean médicamente necesarios. Su administrador de atención lo ayudará a identificar los servicios y proveedores que necesita. En algunos casos, es posible que necesite una remisión o una orden de su médico para obtener estos servicios. Debe obtener estos servicios de los proveedores que están en la red de Hamaspik Medicare Choice. Si no puede encontrar un proveedor en nuestro Plan, para brindarle el servicio cubierto en el paquete de beneficios de Hamaspik Medicare Choice, contacte a Servicios para Miembros o a su Administrador de atención para ayudarle a presentar una solicitud por revisión de necesidad médica/determinación de cobertura

- ***Atención sanitaria de día para adultos***
 - *Los programas de cuidado diurno para adultos brindan un programa estructurado en un entorno comunitario para ayudarlo a socializar con otros Miembros. Los programas de atención médica diurna para adultos incluyen enfermería, terapias de rehabilitación, trabajadores sociales, cuidado personal, asistencia con medicamentos y servicios de nutrición en un entorno seguro. Si usted necesita estos servicios, deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice en su plan de cuidado.*

- ***Audiología***
 - *Esto incluye una gama de servicios y productos que están cubiertos para una discapacidad causada por la pérdida o deterioro de la audición. Los servicios incluyen: servicios de audiología (exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos y recetas de audífonos); selección de audífonos, ajuste y verificación de audífonos después de la dispensación; productos para audífonos (audífonos, moldes y accesorios especiales); y reparación y reemplazo de audífonos.*

- ***Servicios de Asistencia Personal Avocados al Consumidor***
 - *Si opta por recibir servicios CDPAS, podrá contratar y supervisar a sus propios trabajadores para proporcionar asistencias con sus necesidades cotidianas. Su trabajador podría ser un familiar, amigo u otra persona de su elección. Para elegir este servicio, su médico deberá certificar que usted puede supervisar a su trabajador. Su trabajador tendrá que registrarse en Public Partnerships Ltd. (PPL) para enviar hojas de horas y recibir cheques de pago. Hable con su administrador de atención si está interesado en los servicios CDPAS. Si usted necesita estos servicios, deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice en su plan de cuidado.*

- ***Dental***
 - *Incluye, pero no se limita a: exámenes de rutina, atención dental preventiva y terapéutica,*

dentaduras y suministros. Hamaspik Medicare Choice extiende su cobertura a coronas y conductos radiculares en determinadas circunstancias, para que usted pueda conservar más su dentadura natural. Además, bastará con una recomendación de su médico respecto a dentaduras de reemplazo e implantes a fin de determinar si son necesarios. Esto facilitará su acceso a estos servicios dentales. La atención dental básica no requiere autorización. Algunos servicios de restauración requieren autorización.

- **Equipo médico duradero**
 - *Equipo médico duradero, incluye dispositivos y equipos cuyo uso puede reiterarse durante un período de tiempo y se utilizan principal y habitualmente con fines médicos. La mayoría de estos servicios cubiertos requieren autorización de Hamaspik Medicare Choice. Contacte al Equipo Médico Duradero de Hamaspik Medicare Choice llamando al 855-552-4642 ext 612 para obtener más información.*

- **Transporte de emergencia**
 - *Los servicios de ambulancia cubiertos durante una emergencia incluyen servicios de ambulancia terrestre, de ala fija y de ala giratoria, hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención cuando se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan. El transporte de emergencia no requiere autorización previa. Todo el transporte de ambulancia no considerado de emergencia requiere de revisión de autorización previa.*

- **Comidas entregadas a domicilio y/o comidas en un entorno grupal, como una guardería**
 - *Puede optar por recibir comidas a domicilio o comidas en un programa de cuidado diurno como sustituto de algunos servicios de cuidado personal o servicios CDPAS. Si usted necesita estos servicios, deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice en su plan de cuidado.*

- **Servicios de Atención de Salud a Domicilio No Cubiertos por Medicare incluida enfermería, auxiliar de salud a domicilio, terapias ocupacionales, físicas y de habla**
 - *Es posible que necesite enfermería adicional, servicios médicos sociales, terapias ocupacionales, físicas y del habla y/o servicios de asistencia de salud a domicilio que no están cubiertos por Medicare. Si necesita estos servicios, los proporcionará una agencia de atención domiciliaria según las “órdenes médicas” de su doctor. Todos los servicios de cuidado personal deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice en su plan de cuidado.*
 - *Atención de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados por encima del Límite de por Vida de 190 Días de Medicare Usted es elegible para recibir atención de salud mental para pacientes hospitalizados más allá del límite de por vida de 190 días de su cobertura de Medicare. Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 de su Evidencia de Cobertura de Medicare para conocer las instrucciones sobre cómo obtener estos servicios. Salvo en caso de emergencia, estos servicios deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice.*

- **Servicios Médicos y Sociales**
 - *Un trabajador social u otro profesional podría trabajar con usted para ayudarle con sus necesidades psicosociales, y podría ayudarle a evaluar otros tipos de servicios de apoyo. Si usted necesita estos servicios, deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice en su plan de cuidado.*

- **Suministros médicos**
 - *Usted tiene cobertura para suministros médicos (incluidas la Baterías de audífonos), que se entregarán en su domicilio. Estos servicios deben ser ordenados por su médico en la mayoría de los casos (excepto para pilas de audífonos). Si usted necesita estos servicios, deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice.*
- **Atención de Residencia de Ancianos no cubierta por Medicare (siempre que usted sea elegible para Medicaid institucional)**
 - *La atención en un hogar de ancianos está cubierta para las personas que se consideran como colocados permanente en una residencia de ancianos, siempre que sea elegible para la cobertura institucional de Medicaid.*
- **Nutrición**
 - *Bajo ciertas condiciones, adultos que tengan VIH, SIDA o enfermedad asociada a VIH u otra enfermedad o condición, podrían ser elegibles para nutrición oral adicional.*
 - *La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos incluirá productos alimenticios sólidos modificados que sean bajos en proteínas o que contengan proteínas modificadas.*
- **Optometría**
 - *Servicios prestados por optometristas, oftalmólogos y dispensadores oftálmicos. Los servicios incluyen exámenes para el diagnóstico y tratamiento de defectos visuales y enfermedades oculares, así como exámenes oculares de rutina. La cobertura incluye anteojos, lentes de contacto médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales, ayudas para la baja visión y servicios para la baja visión. La cobertura también incluye la reparación o sustitución de partes de anteojos.*
- **Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios**
 - *La fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla/lenguaje están disponibles en un programa de rehabilitación para pacientes ambulatorios. Estos servicios deben ser ordenados por su médico y autorizados por Hamaspik Medicare Choice.*
- **Asistente de cuidado personal (como asistencia para bañarse, comer, vestirse, ir al baño y caminar)**
 - **Programa de Asistencia Personal Avocados al Consumidor**

- **Intermediario fiscal estatal**

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

Public Partnerships Ltd. (PPL)

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

Sitio web: pplfirst.com/cdpap

El consumidor o un representante designado, determina su asistente personal. El consumidor es responsable de contratar, capacitar y de supervisar a los asistentes.

Los servicios incluyen asistencia con atención personal, como bañarse y vestirse, así como con servicios de enfermería especializada.

Public Partnerships Ltd: El Intermediario fiscal estatal (SFI) gestiona labores administrativas como nómina, impuestos y facturas, permitiendo a los consumidores enfocarse en sí mismos.

Contacte a su administrador de atención o al departamento de servicios para miembros si necesita ayuda para registrarse con PPL para recibir servicios CDPAS. Nuestro equipo puede ayudarle a comunicarse directamente con PPL o con un facilitador de PPL.

Los facilitadores de CDPAP son organizaciones comunitarias ubicadas a lo largo del Estado de New York que pueden ayudarle a realizar la transición a PPL como el intermediario fiscal estatal y ofrecerle servicio al cliente constante y soporte de EVV. Puede encontrar facilitadores de CDPAP en

<https://pplfirst.com/cdpap-facilitators/>

- ***Sistema de respuesta a emergencias personales (PERS)***

Los PERS son dispositivos electrónicos que se pueden instalar en su hogar o llevar en un colgante. Un dispositivo PERS le permite pedir ayuda en caso de emergencia. Si usted necesita estos servicios, deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice en su plan de cuidado.

- ***Enfermería privada***

Una enfermera privada puede brindarle atención en su hogar si necesita este nivel de atención. Si necesita estos servicios, los proporcionará una agencia de atención domiciliaria según las “órdenes médicas” de su doctor. Si usted necesita estos servicios, deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice en su plan de cuidado.

- ***Prótesis y ortopédicos***

Dispositivos protésicos se utilizan para reemplazar todo o un punto de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y reparación y/o reemplazo si es necesario.

Los aparatos ortopédicos (como un aparato ortopédico o una férula) para sostener, inmovilizar o tratar músculos, articulaciones o huesos débiles, deformados o lesionados. Se utilizan durante un período de tiempo y, por lo general, se ajustan, diseñan o modelan para el uso de un individuo en particular.

El calzado ortopédico incluye zapatos que se diseñaron específicamente para respaldar o adaptar las mecánicas y estructuras del pie, tobillo y pierna.

Si usted necesita estos servicios, deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice.

- ***Atención social de día***

Los programas de atención social de día brindan un programa estructurado en un entorno comunitario para ayudarlo a socializar con otros Miembros y brindarle algunos servicios de cuidado personal y nutrición en un entorno seguro. Si usted necesita estos servicios, deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice en su plan de cuidado.

- ***Apoos Sociales y Ambientales (como quehaceres domésticos, modificaciones en el hogar,***

exterminadores o cuidado de relevo) Otros servicios (como servicios de quehaceres domésticos, modificaciones en el hogar, exterminadores o cuidado de relevo) también están disponibles según sus necesidades. Estos servicios se personalizan según sus necesidades individuales y deben ser autorizados por Hamaspik Medicare Choice.

Examen de necesidades sociales asociadas a salud (HRSN) y servicios

A partir del **1 de enero de 2025**, usted puede recibir un examen y referencia a servicios federales, estatales y locales a través de las Redes de Atención Social (SCN). En caso de que sea elegible, estas agrupaciones locales pueden derivarle con servicios en su comunidad que le ayuden con temas de vivienda, transporte, educación, empleo y gestión de atención sin costo para usted.

- Después del examen a través de esta SCN, usted y cualquier miembro interesado en su hogar pueden reunirse con un Asistente de Cuidado Social que puede confirmar su elegibilidad para los servicios que pueden ayudarle con su salud y bienestar. Podrían solicitarle a usted o los integrantes de su hogar que aporten documentación justificativa para establecer en qué área se requiere de apoyo adicional.
- Si usted o cualquier miembro en su hogar califica para servicios, el Asistente de Cuidado Social puede trabajar junto a usted para obtener el apoyo que necesite. Usted podría calificar para recibir más de un servicio, dependiendo de su elegibilidad individual. Estos servicios incluyen:
 - Asistencia de vivienda y servicios públicos:
 - Instalación de modificaciones en el hogar como rampas, pasamanos, asideros, caminos, abridores eléctricos de puerta, ensanchamiento de entradas, asas para puertas y armarios, cuartos de baño, alacena o fregaderos y superficies antideslizantes para que su hogar sea accesible y seguro.
 - Moho, control de plagas y servicios para tratar el asma.
 - Proporcionar un aire acondicionado, calefactor, humidificador o deshumidificador para ayudar a mejorar la ventilación en su hogar.
 - Proporcionar pequeñas unidades de refrigeración necesarias para tratamiento médico.
 - Ayudarle a encontrar y a postular a una vivienda segura y estable en la comunidad que pueda contemplar asistencia con la renta y servicios públicos.

NOTA: Algunos servicios de vivienda podrían tener cobertura de su plan. Por lo tanto, algunos servicios de vivienda requerirán de coordinación entre el Encargado de Atención Social y el gestor de atención de su plan de salud.

- Servicios de transporte:
 - Ayudarle con el acceso al transporte público o privado a lugares aprobados por la SCN como: ir a una entrevista de trabajo, clases de crianza, corte de vivienda para evitar el desalojo, mercados agrícolas locales y oficinas departamentales en la ciudad o el estado para obtener documentos importantes.

- Servicios de Administración de Atención:
 - Obtener ayuda para encontrar trabajo o un programa de capacitación laboral, postular a beneficios públicos, gestionar sus finanzas, y más.
 - Obtener referencias a servicios como guardería, asesoría, intervención en crisis, programa de hogares saludables y más.

Contactar a un SCN en su área:

1. Puede llamar a servicios para miembros del plan de salud llamando al 1-888-426-2774 (TTY 711) y le comunicaremos con un SCN en su área.
2. Puede llamar al SCN dentro de su condado y solicitar un examen o más información. Consulte la información de contacto de SCN en la tabla a continuación.
3. También puede visitar su sitio web para comenzar un autoanálisis.

Una vez que establezca comunicación con el SCN, un Encargado de Atención Social confirmará su elegibilidad realizando preguntas, solicitando documentación justificativa (de ser necesaria), le informará más acerca de los servicios elegibles y le ayudará a mantenerse conectado con ellos.

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

Servicios de Salud Conductual (Salud Mental y Adicción) Cubiertos

Atención de salud mental ambulatoria para adultos

- **Tratamiento Diurno Continuo (CDT):** Proporciona a los adultos con trastornos mentales de gravedad las habilidades y apoyo necesarios para permanecer en la comunidad y ser más independientes. Usted puede asistir varios días a la semana con visitas que duren más de una hora.
- **Hospitalización parcial (PH):** Un programa que ofrece tratamiento de salud mental diseñado para estabilizar o ayudar con los síntomas graves de una persona que podría requerir de hospitalización.

Atención de salud mental rehabilitadora ambulatoria para adultos

- **Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT):** ACT es un enfoque de equipo para servicios de tratamiento, apoyo y rehabilitación. Muchos de los servicios son entregados por el personal ACT en la comunidad o en donde usted resida. ACT es para personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad mental de gravedad o problemas emocionales.
- **Servicios de Tratamiento Ambulatorio y Rehabilitación Ambulatoria para Salud Mental (MHOTRS):** Un programa que ofrece tratamiento, evaluación y control de síntomas. Los servicios pueden incluir terapias individuales y de grupo en un centro clínico en su comunidad.
- **Servicios Orientados a la Recuperación Personal (PROS):** Un programa exhaustivo orientado a la recuperación si tiene una enfermedad mental continua o de gravedad. El objetivo del programa es combinar el tratamiento, apoyo y terapia para ayudarle en su recuperación.

Servicios de rehabilitación ambulatoria para salud mental y adicción en adultos para miembros que cumplen con los requerimientos clínicos. También se conocen como CORE.

Servicios de Recuperación y Empoderamiento Orientados a la Comunidad (CORE): Programa de recuperación orientado a la persona con apoyos móviles de salud conductual para ayudarle a desarrollar y fomentar la participación en la comunidad y la independencia. Los servicios CORE están disponibles para miembros que han sido identificados por el Estado como personas que cumplen con los criterios de riesgo de salud conductual de más alta necesidad. Cualquiera puede derivar a alguien o auto remitirse a los Servicios CORE.

- **Rehabilitación Psicosocial (PSR):** Este servicio ayuda con las habilidades de la vida, como realizar conexiones sociales; buscar o mantener un trabajo; iniciar o regresar a la escuela; y usar recursos de la comunidad.
- **Tratamiento y Apoyo Psiquiátrico Comunitario (CPST):** Este servicio le ayuda a gestionar síntomas a través de asesoría y tratamiento clínico.
- **Apoyo Familiar y Capacitación (FST):** Este servicio le brinda a su familia y amigos la información y habilidades necesarias para ayudarle y darle apoyo.
- **Servicios de Empoderamiento – Apoyo entre Pares:** Este servicio le conecta con especialistas coordinadores que han pasado por el proceso de recuperación. Usted obtendrá apoyo y asistencia para aprender cómo:
 - vivir con complicaciones de salud y ser independientes
 - ayudar a tomar decisiones respecto a su propia recuperación, y

- encontrar recursos y apoyos naturales.

Servicios de crisis de salud mental para adultos

- **Programa de Emergencia Psiquiátrica Exhaustivo (CPEP):** Un programa basado en hospital que ofrece apoyo para crisis y camas para una admisión prolongada (hasta 72 horas) para individuos que necesitan servicios de salud mental de emergencia.
- **Servicios de Crisis Móvil y Crisis Telefónica:** Un servicio intra-comunitario que responde a personas que experimentan una crisis de salud mental y/o de adicción.
- **Programas residenciales para crisis:** Una residencia de corto plazo que proporciona servicios las 24 horas del día por hasta 28 días, para personas que experimentan síntomas de salud mental o complicaciones cotidianas que empeoren los síntomas. Los servicios pueden ayudar a evitar una estancia hospitalaria y brindar asistencia para la reinserción en su comunidad.

Servicios ambulatorios por adicción para adultos

Los Centros de Tratamiento para Opiáceos (OTP) son instalaciones certificadas por la Oficina de Servicios y Apoyos por Adicción en donde se entrega medicación para el tratamiento de la dependencia de opiáceos. Estos medicamentos pueden incluir metadona, buprenorfina y suboxone. Estas instalaciones también ofrecen servicios de asesoría y educación. En muchos casos, puede obtener servicios continuos en una clínica OTP durante el transcurso de su vida.

Servicios residenciales por adicción para adultos

Servicios residenciales para personas que necesitan de apoyo las 24 horas para su recuperación en un entorno residencial. Los servicios residenciales ayudan a mantener la recuperación en un entorno estructurado libre de sustancias. Puede obtener apoyo grupal y aprender habilidades para ayudar en su recuperación.

Rehabilitación por adicción intrahospitalaria para adultos

Los Centros de Tratamiento de Adicciones Operados por el Estado (ATC) ofrecen atención de carácter sensible para sus necesidades y asistencias de recuperación a largo plazo. El personal en cada instalación tiene adiestramiento para ayudar con diversas condiciones, como enfermedad mental. También brindan apoyo para la planificación postratamiento. Los servicios de tratamiento por tipos de adicción varían en cada instalación, pero podrían incluir tratamiento de medicamento asistida; problemas de apuestas, tratamiento específico de género para hombres o mujeres y más.

Los programas de **Rehabilitación por Adicción Intrahospitalaria** pueden ofrecerle un entorno seguro para la evaluación, tratamiento y rehabilitación de los trastornos por uso de sustancias. Estas instalaciones ofrecen atención las 24 horas del día los 7 días de la semana que tiene supervisión en todo momento por el personal médico. Los servicios intrahospitalarios incluyen la gestión de síntomas asociados a la adicción y al monitoreo de las complicaciones físicas y mentales que se generen del uso de sustancias.

Los programas de **Desintoxicación supervisada médicamente intrahospitalaria** ofrecen tratamiento intrahospitalario para la abstinencia moderada e incluye supervisión bajo el cuidado de un médico. Algunos de los servicios que usted puede recibir son una evaluación médica dentro de veinticuatro (24) horas de la admisión y supervisión médica por condiciones de intoxicación y abstinencia.

Telesalud:

Usted podría recibir algunos servicios a través de telesalud cuando corresponda. Usted podría recibir servicios de telesalud a través de eConsults o consultas electrónicas las cuales corresponden a enlaces entre su médico y especialistas. Es su elección si usted decide recibir servicios en persona o a través de telesalud. Si tiene alguna pregunta adicional sobre telesalud, por favor comuníquese con su Administrador de Atención.

Obtener Atención Fuera del Área de Servicio

Debe informar a su gestor de cuidado cuando viaje fuera del área de cobertura. En caso de que requiera estos servicios fuera de su área de cobertura, debe comunicarse con su gestor de cuidado para que le ayude a disponer de los servicios correspondientes.

Servicio de Emergencia

Servicio de Emergencia implica la aparición repentina de una condición que supone una amenaza grave para su salud. Para emergencias médicas marque el 911. No se requiere autorización previa para el servicio de emergencia. Sin embargo, usted debería informar a Hamaspik Medicare Choice en un plazo de 24 horas de ocurrida la emergencia. Es probable que necesite servicios de atención a largo plazo después del incidente de emergencia que solo puede obtener a través de Hamaspik Medicare Choice.

Si queda hospitalizado/a, un familiar o cuidador debería comunicarse con Hamaspik Medicare Choice en un plazo de 24 horas de la admisión. Su gestor de cuidado suspenderá sus servicios de atención domiciliaria y cancelará otras citas de ser necesario. Asegúrese de notificar a su médico de cabecera o al planificador de alta en el hospital para que se comuniquen con Hamaspik Medicare Choice, de tal manera que podamos trabajar con ellos para planificar su atención tras recibir el alta del hospital.

Procedimientos de Cuidados de Transición

Los nuevos afiliados a Hamaspik Medicare Choice podría seguir con un plan de servicio existente avocado a la persona durante un periodo de transición de hasta noventa (90) días desde la inscripción o hasta que se convenga un nuevo plan de servicio avocado en la persona entre el nuevo Afiliado y Hamaspik Medicare Choice, cualquiera que ocurra primero.

Además, los nuevos afiliados en Hamaspik Medicare Choice pueden continuar un tratamiento continuo durante un período de transición de hasta noventa (90) días a partir de la inscripción con un proveedor de atención médica que no forme parte de la red si el proveedor acepta el pago bajo la tarifa del plan, se adhiere a las políticas de control de calidad de Hamaspik Medicare Choice u otras normas y proporciona información médica sobre el cuidado al plan.

Si su proveedor abandona la red, podría seguir con un tratamiento continuo en curso durante un período de transición de hasta 90 días si el proveedor acepta el pago bajo la tarifa del Plan, se adhiere a las políticas de control de calidad de Hamaspik Medicare Choice u otras normas y proporciona información médica sobre el cuidado al Plan.

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors es un programa que puede ayudarle a trasladarse de un asilo de ancianos de regreso a su hogar o residencia en la comunidad. Puede calificar para MFP/Open Doors si:

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

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

- Dándole información respecto a los servicios y respaldos en la comunidad.
- Buscando servicios ofrecidos en la comunidad para ayudarle a ser independiente, y/o
- Visitarlo o llamarlo después de su mudanza para asegurarse de que tiene lo que necesita en casa.

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

Sección IV: SERVICIOS DE MEDICAID NO CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN

Hay algunos servicios de Medicaid que Hamaspik Medicare Choice no cubre, pero que podrían tener cobertura por Medicaid regular. Puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid utilizando su Tarjeta de Beneficios de Medicaid. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774, TTY 711, si tiene alguna pregunta con respecto a si un beneficio está cubierto por Hamaspik Medicare Choice o Medicaid. Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid mediante su Tarjeta de Beneficios de Medicaid incluyen:

Farmacia:

La mayoría de los medicamentos recetados están cubiertos por la Parte D de Hamaspik Medicare Choice Medicare, como se describe en la sección 6 de la Evidencia de Cobertura de Medicare (EOC) de Hamaspik Medicare Choice. Medicaid regular cubrirá algunos medicamentos no cubiertos por la Parte D de Medicare de Hamaspik Medicare Choice. Medicaid también podría cubrir medicamentos que rechazamos.

Los servicios indicados a continuación están disponibles a través de Medicaid

regular: Ciertos Servicios de Salud Mental, incluyen:

- Servicios de Administración de Atención Health Home (HH) y Health Home Plus (HH+)
- Servicios de Rehabilitación Proporcionados a Residentes de Viviendas Comunitarias (CR) Licenciadas de la Oficina de Salud Mental (OMH) y Programas de Tratamiento Familiar
- Tratamiento Diurno OMH
- Rehabilitación Residencial de la Oficina de Servicios y Apoyos para las Adicciones (OASAS) para Jóvenes
- Clínicas de Salud Conductual de la Comunidad Certificadas (CCBHC)

- Instalación de Tratamiento Residencial (RTF) OMH

Para afiliados a MAP hasta los 21 años:

- Servicios de Apoyo y Tratamiento para Niños y Familias (CFTSS)
- Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad para Niños (HCBS)

Ciertos servicios por discapacidades intelectuales y del desarrollo, incluidos:

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

Otros Servicios de Medicaid:

- Terapia Observada Directa para la Tuberculosis (TB)
- Fármacos médicamente necesarios para la mejora de la ovulación y servicios médicos asociados a la prescripción y monitoreo del uso de tales medicamentos, para miembros que cumplan con los requisitos

Planificación familiar

- Los miembros pueden acudir a cualquier médico o clínica de Medicaid que brinde atención de planificación familiar. No necesita una derivación de su Proveedor de Atención Primaria (PCP).

Transporte No Considerado de Emergencia

- Cubierto en virtud de Medicaid regular y dispuesto por el Agente de Transporte Estatal, con excepción de los programas Social Adult Daycare (SADC). Los proveedores de SADC son responsables de proporcionar transporte hacia y desde sus programas a los miembros.

SERVICIOS NO CUBIERTOS POR Hamaspik Medicare Choice O MEDICAID

- Debe pagar por los servicios que no están cubiertos por Hamaspik Medicare Choice o por Medicaid, si su proveedor le informa con anticipación que estos servicios no están cubiertos, Y usted acepta pagarlos. Algunos ejemplos de servicios no cubiertos por Hamaspik Medicare Choice o Medicaid son: Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria
- Artículos personales y de comodidad
- Servicios de un proveedor que no sea parte del plan fuera de una emergencia médica (a menos que Hamaspik Medicare Choice lo autorice para ver a ese proveedor)

Si tiene preguntas, llame a Servicios de Miembros de Hamaspik Medicare Choice al 1-888-426-2774, TTY 711.

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

Usted tiene Medicare y además recibe asistencia de Medicaid. La información de esta sección cubre sus derechos para todos sus beneficios de Medicare y mayoría de los beneficios de Medicaid. En la mayoría de los casos, usted utilizará un proceso para sus beneficios de Medicare y/o Medicaid. Esto a veces se denomina un “proceso integrado” porque incorpora los procesos de Medicare y Medicaid.

No obstante, para algunos de sus beneficios de Medicaid, es probable que también tenga derecho a un proceso de Apelaciones Externas. Consulte la página 23 para obtener más información respecto al proceso de Apelaciones Externas.

Sección 1: Solicitud de Autorización de Servicio (también conocida como Solicitud de Decisión de Cobertura) La información de esta sección se aplica a todos sus beneficios de Medicare y mayoría de Medicaid. Esta información no se aplica a sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Cuando solicita la aprobación de un tratamiento o servicio, se denomina **solicitud de autorización de servicio (también conocida como solicitud de decisión de cobertura)**. Para obtener una solicitud de autorización de servicio, usted debe

Usted o su proveedor pueden llamar a Servicios de Miembros de Hamaspik Medicare Choice marcando nuestro número gratuito: 1-888-426-2774 o enviar su solicitud por escrito a

Hamaspik Medicare Choice
775 North Main Street
Spring Valley, NY 10977

Autorizaremos los servicios por un monto determinado y por un período de tiempo específico. A esto se le llama **periodo de autorización**.

Autorización Previa

Algunos servicios cubiertos requieren **autorización previa** (aprobación por adelantado) de Hamaspik Medicare Choice antes de recibirlos. Usted o alguien de su confianza puede solicitar una autorización previa. Los siguientes tratamientos y servicios deben aprobarse **antes** de que pueda obtenerlos:

- Atención domiciliaria (enfermería, terapias de rehabilitación, trabajo social y servicios de asistencia de salud a domicilio)
- Cuidado personal
- Servicios de Asistencia Personal Avocados al Consumidor (CDPAS)
- Atención sanitaria de día para adultos
- Centro de atención social para adultos
- DME (suministros médicos/quirúrgicos, fórmula Enteral y Parenteral, baterías para prótesis auditivas, prótesis, aparatos y calzado ortopédicos)
- Sistema de respuesta a emergencias personales (PERS)
- Terapia física, terapia ocupacional o terapia de habla, proporcionado en un entorno ambulatorio
- Audífonos y productos asociados
- Terapia respiratoria

- Servicios de nutrición
- Enfermería privada
- Comidas entregadas en casa o almuerzos en un entorno de congregación
- Apoyos sociales y ambientales

Consulte el Capítulo 4 de su Evidencia de Cobertura de Medicare para obtener más información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Revisión Concurrente

También puede pedirle a Hamaspik Medicare Choice que extienda el alcance del servicio en relación a lo que recibe actualmente. Esto se denomina **revisión concurrente**.

Revisión en Retrospectiva

En ocasiones, se realizará una revisión de la atención que está recibiendo para verificar si aún la necesita. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya recibió. Esto se denomina **revisión en retrospectiva**. Le informaremos en caso de llevar a cabo estas revisiones.

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

El plan de salud cuenta con un equipo de revisión para asegurarse de que reciba los servicios para los que califique. Los médicos y enfermeras forman parte del equipo de revisión. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicios que solicitó sean médicamente necesarios y adecuados para usted. Hacen esto al comparar su plan de tratamiento con los estándares médicos aceptables.

Podemos decidir denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por una cantidad menor a la que solicitó. Un profesional de la salud calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio que solicitó no es médicamente necesario, un colega revisor clínico tomará la decisión. Un colega revisor clínico puede ser un médico, una enfermera o un profesional de la salud que generalmente brinda la atención que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, llamados **criterios de revisión clínica**, que se utilizan para tomar la decisión sobre la necesidad médica.

Una vez que recibamos su solicitud, la revisaremos según un proceso **estándar** o **rápido**. Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión acelerada si usted o su proveedor creen que una demora causará un daño grave a su salud. Si denegamos su solicitud de una revisión por vía rápida, le informaremos y manejaremos su solicitud según el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como su condición médica lo requiera, pero a más tardar en lo que se menciona a continuación. Encontrará más información sobre el proceso de vía rápida a continuación.

Le informaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si aprobamos o rechazamos su monto solicitado. También le diremos el motivo de la decisión. Le explicaremos qué opciones tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Proceso Estándar

Por lo general, utilizamos el **plazo estándar** para informarle nuestra decisión sobre su solicitud de un artículo, tratamiento o servicio médico, a menos que hayamos acordado utilizar los plazos de la vía rápida.

- Una **revisión estándar** para una solicitud de autorización previa significa que le daremos una respuesta dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la fecha en que tengamos toda la información necesaria, pero a más tardar **siete (7) días calendario** después de recibir su solicitud. Si su caso es una **revisión concurrente** en la que solicita un cambio en un servicio que ya está recibiendo, tomaremos una decisión dentro de 1 día hábil de cuando tengamos toda la información que necesitamos, pero le daremos una respuesta a más tardar siete (7) días calendario después de recibir su solicitud.
- **Podemos tomarnos hasta catorce (14) días calendario adicionales** si solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tomarnos más días para entregar una decisión, le informaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es lo mejor para usted. Tomaremos una decisión lo más rápido posible cuando recibamos la información necesaria, pero a más tardar catorce (14) días a partir del día en que solicitamos más información.
- Si cree que **no** deberíamos tomarnos más días, puede presentar un **reclamo rápido**. Cuando presente una **queja rápida**, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para autorizaciones de servicio y apelaciones. Para obtener más información respecto al proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 4: Qué hacer si tiene un problema o reclamo acerca de nuestro plan).

Si no le damos nuestra respuesta dentro de los siete (7) días calendario (o al final de los días adicionales si los aceptamos), puede presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta es sí a todo o parte de lo que solicitó**, autorizaremos el servicio, o tratamiento, o le daremos el artículo que solicitó.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una Notificación con la Decisión de Apelación que explique por qué dijimos que no. Puede encontrar más información respecto a cómo apelar a esta decisión en la Sección 2: Apelaciones de Nivel 1.

Proceso Acelerado

Si su salud lo requiere, solicítenos la entrega de una **autorización de servicio rápida**.

- Una revisión rápida de una solicitud de autorización previa significa que le daremos una respuesta dentro de 1 día hábil posterior a la fecha en que tengamos toda la información necesaria, pero a más tardar 72 horas a partir del momento en que realice su solicitud hacia nosotros.
- Podemos tomarnos **hasta catorce (14) días calendario adicionales** si descubrimos que falta alguna información que pueda beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red), o si necesita tiempo para enviarnos información que deba revisarse. Si decidimos tomarnos más días, le informaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es lo mejor para usted.
- Tomaremos una decisión lo más rápido posible cuando recibamos la información necesaria, pero a más tardar catorce (14) días a partir del día en que solicitamos más información.

- Si cree que no deberíamos tomarnos más días, **puede presentar un reclamo rápido**. Para obtener más información respecto al proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 4: Qué hacer si tiene un problema o reclamo acerca de nuestro plan, a continuación, para obtener más información. Le llamaremos tan pronto tengamos una decisión.
- Si no le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas (o si hay un período de tiempo extendido, al final de ese período), puede presentar una apelación. Consulte la Sección 2: Consulte Apelaciones de Nivel 1, a continuación, para saber cómo presentar una apelación. Para obtener una **autorización de servicio rápido**, debe cumplir con dos requisitos:
 1. Solicita cobertura para atención médica que aún no ha recibido. (No puede obtener una **autorización de servicio rápido** si su solicitud se trata del pago de la atención médica que ya recibió).
 2. El uso de los plazos estándar podría causar un daño grave a su vida o salud, o dañar su capacidad para funcionar.

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

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

Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una **autorización de servicio rápido**, le enviaremos una carta indicándolo (y en su lugar usaremos los plazos estándar).

- Esta carta le informará que, si su proveedor solicita la **autorización de servicio rápido**, automáticamente le daremos una **autorización de servicio rápido**.
- La carta también le dirá cómo puede presentar un **reclamo rápido** sobre nuestra decisión de darle una autorización de servicio estándar en lugar de la autorización de servicio rápido que solicitó.

(Para obtener más información respecto al proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 4: Qué hacer si tiene un problema o reclamo acerca de nuestro plan más adelante en este capítulo).

Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si ampliamos el tiempo necesario para realizar nuestra autorización de servicio en su solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta al final de ese período extendido.

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

Si no recibe noticias nuestras dentro de los plazos establecidos, es lo mismo que si denegamos su solicitud de autorización de servicio. Si esto sucede, tiene derecho a presentar una apelación ante nosotros. Consulte la Sección 2: Apelaciones de Nivel 1, a continuación, para obtener más información.

Si cambiamos un servicio que ya está recibiendo

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o detener un servicio que ya aprobamos y que está recibiendo ahora, debemos informarle al menos 15 días antes de que cambiemos el servicio.
- Si estamos revisando la atención que recibió en el pasado, tomaremos una decisión sobre el pago dentro de los 30 días posteriores a la obtención de la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago de un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día que rechazamos el pago. **No tendrá que pagar por la atención que recibió y que el plan o Medicaid cubrieron, incluso si luego denegamos el pago al proveedor.**

También puede tener derechos especiales de **Medicare si finaliza su cobertura de atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)**. Para obtener más información acerca de estos derechos, consulte el Capítulo 9 de la Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Choice.

Qué hacer si desea apelar una decisión sobre su atención

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

- Si decimos que no, tiene derecho a presentar una apelación y pedirnos que reconsideremos esta decisión. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (vea más adelante).
- Hamaspik Medicare Choice también puede explicarle los procesos de quejas y apelaciones disponibles según su reclamo. Puede llamar a Servicios para Miembros de Hamaspik Medicare Choice al 1-888-426-2774 para obtener más información respecto a sus derechos y las opciones que tiene disponibles.

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

Sección 2: Apelaciones de Nivel 1 (también conocidas Apelación de Nivel del Plan)

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

Hay algunos tratamientos y servicios para los que necesita aprobación antes de recibirlos o para poder seguir obteniéndolos. Esto se denomina autorización previa. Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se denomina solicitud de autorización de servicio. Se describió este proceso anteriormente en la Sección 1 de este capítulo.

Si decidimos denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por una cantidad menor a la solicitada, recibirá una notificación denominada Aviso de Determinación de Cobertura Integrada.

Puede presentar una Apelación de Nivel 1:

Si no está conforme con una decisión que tome Hamaspik Medicare Choice, puede presentar una apelación. A esto se le denomina apelación de Nivel 1. El Capítulo 9 de su Medicare Advantage D-SNP EOC le informa cómo presentar una apelación de Nivel 1 sobre cualquier decisión que tome Hamaspik Medicare Choice.

Ayuda para continuar mientras apela a una decisión sobre su atención

Si Hamaspik Medicare Choice reduce, suspende o detiene un servicio que usted recibe, usted podría continuar el servicio mientras espera por una determinación de apelación de Nivel 1.

Debe solicitar una apelación de Nivel 1:

- **Dentro de diez (10) días de haber sido informado del cambio en su atención, o**
- **En la fecha en la que el cambio está programado para ocurrir, lo que ocurra más tarde.**

Si su apelación de Nivel 1 resulta en otra negativa, usted no deberá pagar por el costo de algún beneficio continuo que reciba.

Si no está conforme con su decisión sobre la apelación de Nivel 1, puede volver a apelar. A esto se le denomina apelación de Nivel 2. El Capítulo 9 de su Medicare Advantage D-SNP EOC le informa cómo presentar una apelación de Nivel 2 sobre cualquier decisión que tome Hamaspik Medicare Choice.

Ayuda para seguir mientras espera por una decisión de audiencia imparcial

Usted podría continuar sus servicios mientras espera una determinación de audiencia imparcial. La continuación de beneficios sólo está disponible si Hamaspik Medicare Choice reduce, suspende o detiene un servicio y el servicio está cubierto por Medicaid.

Usted debe solicitar una Audiencia imparcial:

- **Dentro de diez (10) días desde la fecha de la carta sobre la Decisión de la apelación, o**
- **En la fecha en la que el cambio en los servicios está programado para ocurrir, lo que ocurra más tarde.**

Si su audiencia imparcial resulta en otra negativa, puede que no tenga que pagar por el costo de algún beneficio continuo que reciba.

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la apelación de Nivel 2 para un dispositivo cubierto por Medicare, puede optar a otras alternativas referentes a sus derechos de apelación. Para obtener más información sobre los derechos adicionales de apelación, consulte el Capítulo 9 de su D-SNP EPC de Medicare Advantage o llame a Servicios para Miembros.

Sección 3: Apelaciones Externas solo para Medicaid

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

Puede solicitar al estado de Nueva York (el Estado) una **apelación externa** independiente si nuestro Plan decide denegar la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron porque no es médicamente necesario o

- experimental o investigativo o
- no es diferente de la atención que puede obtener en la red del Plan o
- está disponible con un proveedor participante que cuenta con el correcto adiestramiento y experiencia para cumplir sus necesidades.

Esto se denomina Apelación Externa debido a que los revisores que no trabajan para el Plan de salud o el Estado toman la decisión. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el Estado. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del Plan o ser un tratamiento experimental. Usted no tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de su apelación al estado:

- Usted debe presentar una Apelación de Nivel 1 al Plan y obtener la Notificación de Decisión sobre Apelación del Plan;
- **o**
- Puede solicitar una Apelación Externa acelerada al mismo tiempo si no ha recibido el servicio y solicita una apelación rápida. (Su médico tendrá que decir que es necesaria una apelación acelerada); **o**
- Usted y el Plan pueden acordar omitir el proceso de apelaciones del Plan e ir directamente a Apelación Externa; **o**
- Puede probar que el Plan no siguió las reglas correctamente al procesar su apelación de Nivel 1.

Tiene **cuatro (4) meses** después de recibir la **Notificación sobre Decisión de Apelación** del Plan para solicitar una Apelación Externa. Si usted y el Plan acordaron omitir el proceso de apelaciones del Plan, entonces debe solicitar la Apelación Externa dentro de los cuatro (4) meses posteriores a la fecha en que hizo ese acuerdo.

Para solicitar una Apelación Externa, complete una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros.

- Puede llamar a servicios para miembros de Hamaspik Medicare Choice al 1-888-426-2774, TTY 711, si necesita ayuda para presentar una apelación.
- Usted y sus médicos deberán proporcionar información acerca de su problema médico.
- La solicitud de Apelación Externa dice qué información se necesitará.

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

- Llame al Departamento de Servicios Financieros, 1-800-400-8882
- Vaya al sitio web del Departamento de Servicios Financieros en www.dfs.ny.gov.
- Comuníquese con el Plan de Salud llamando a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774, TTY 711.

El revisor decidirá su Apelación Externa en 30 días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de la Apelación Externa solicita más información. El revisor le dirá a usted y al Plan la decisión final dentro de dos días luego de tomar la decisión.

Usted puede obtener una decisión más expedita si su doctor indica que un retraso generará un daño grave a su salud. Esto se denomina **Apelación Externa expedita**. El revisor de la Apelación Externa decidirá respecto a una apelación expedita en 72 horas o menos. El revisor le dirá a usted y al Plan la decisión de inmediato por teléfono o fax. Más adelante, el revisor le enviará una carta que indique la decisión.

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

Sección 4: Qué hacer si tiene un problema o reclamo acerca de nuestro plan

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

Esperamos que nuestro Plan lo atienda bien. Si tiene un problema con la atención o el tratamiento que recibe de nuestro personal o proveedores o si no le gusta la calidad de la atención o los servicios que recibe de nosotros, llame a Servicios para Miembros de Hamaspik Medicare al 1-888-426-2774, TTY 711 o escriba a Servicios para Miembros de Hamaspik Medicare Choice. El nombre formal para realizar un reclamo es presentar una queja.

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

Cómo presentar un reclamo:

- **Por lo general, llamar a Servicios de Miembros de Hamaspik Medicare Choice suele ser el primer paso.** Si hay algo más que necesite hacer, Servicios de Miembros de Hamaspik Medicare Choice se lo indicará.

1 de octubre al 31 de marzo:	siete días de la semana, de 8:00 am a 8:00 pm Llame al 888-426-2774. Los usuarios TTY deben llamar al 711.
1 de abril al 30 de septiembre:	lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm Llame al 888-426-2774. Los usuarios TTY deben llamar al 711.

- Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), **puede ingresar un reclamo por escrito y enviárnoslo**. Si puso su reclamo por escrito, responderemos a su reclamo por escrito.
- Cuando nos escriba, indíquenos con el mayor detalle su reclamo, incluida la fecha y hora del problema, el proveedor (si su reclamo es sobre un proveedor), y la descripción pormenorizada de lo que ocurrió. Luego, nos comunicaremos con usted para discutir su reclamo y procederemos a investigarlo.
- **Independiente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para Miembros de Hamaspik Medicare Choice de inmediato**. Puede presentar el reclamo en cualquier momento después de haber tenido el problema por el cual desea presentar dicho reclamo.

Qué sucede a continuación:

- **Si es posible, responderemos de inmediato**. Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.
- Respondemos a las quejas dentro de treinta (30) días calendario.
- Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una autorización de servicio o una apelación rápidas, automáticamente le otorgaremos un reclamo rápido. Si tiene una queja rápida, significa que le daremos una respuesta dentro de 24 horas.
- Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta catorce (14) días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo notificaremos por escrito.
- Sin embargo, si ya nos solicitó una autorización de servicio o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación, se muestran ejemplos de situaciones en las que puede presentar una queja:
 - Si nos solicitó entregarle una autorización de servicio o una apelación rápidas y denegamos su petición.
 - Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una autorización de servicio o una respuesta a una apelación que ha presentado.
 - Cuando se revisa una autorización de servicio que tomamos y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos en

determinados plazos y usted cree que no cumplimos con dichos plazos.

- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no nos hacemos responsables del problema por el que se queja, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Apelaciones al Reclamo

Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre su reclamo respecto a sus beneficios de Medicaid, usted o alguien de su confianza puede presentar una apelación al reclamo ante el Plan.

Cómo presentar una apelación al reclamo:

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

Qué sucede después de recibir su apelación al reclamo:

Después de que obtengamos su apelación al reclamo, le enviaremos una carta dentro de quince (15) días hábiles. La carta le informará:

- Quién está trabajando en su apelación al reclamo.
- Cómo comunicarse con esta persona.
- Si necesitamos más información.

Una o más personas calificadas revisarán su apelación al reclamo. Estos revisores se encuentran en un nivel más alto que los revisores que tomaron la primera decisión sobre su queja.

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

Le informaremos nuestra decisión dentro de los treinta (30) días hábiles a partir del momento en que tengamos toda la información necesaria. Si es posible que una demora ponga en riesgo su salud, recibirá nuestra decisión en dos (2) días hábiles después de que tengamos toda la información. Le daremos las razones de nuestra decisión y nuestro fundamento clínico, si corresponde.

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

Participant Ombudsman

Participant Ombudsman, que se denomina Red de Independiente de Defensa al Consumidor (ICAN), es una organización independiente que ofrece servicios de mediación gratuitos para destinatarios con atención a largo plazo en el estado de New York. Usted puede llamar a ICAN para obtener asesoría independiente y gratuita con respecto a su cobertura, reclamos y alternativas de apelación. Ellos pueden ayudarle a gestionar el proceso de apelación.

ICAN también puede brindarle apoyo antes de que se inscriba en un plan MLTC como Hamaspik Medicare Choice. Este apoyo incluye asesoramiento imparcial sobre la elección del plan de salud e información general relacionada con el plan.

Contacte a ICAN para aprender más acerca de sus servicios:

Red de Independiente de Defensa al Consumidor (ICAN).
633 Third Ave, 10th Floor, New York, New York 10017
Web: www.icannys.org | Email: ican@cssny.org Teléfono:
1-844-614-8800 (Servicio de retransmisión TTY: 711)
9:00 am – 5:00 pm, Lunes – Viernes

A través del sitio web de ICAN, usted puede conversar con un consejero en vivo o enviar una solicitud para que le devuelvan la llamada.

Sección VI: CANCELACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA MAP DE Hamaspik Medicare Choice

No se anulará la suscripción de los afiliados del Producto Medicaid Advantage Plus en base a cualquiera de los siguientes argumentos:

- Alto grado de uso de los servicios médicos cubiertos, una condición existente o un cambio en la salud del Afiliado, o
- capacidad mental disminuida o conducta poco colaboradora o disruptiva a raíz de sus necesidades especiales, salvo que su conducta propicie que un Afiliado deje de ser elegible para Medicaid Advantage Plus.

Usted puede darse de baja voluntariamente

Puede solicitar salir del PROGRAMA MAP de Hamaspik Medicare Choice en cualquier momento y por cualquier motivo.

Para solicitar la desvinculación, llame a nuestros servicios para miembros al 1-888-426-2774 TTY 711 El procesamiento puede demorar hasta seis (6) semanas, dependiendo de cuándo se reciba su solicitud. Puede cancelar su suscripción para tener Medicaid regular o unirse a otro plan de salud siempre que califique. Si continúa requiriendo CBLTSS, como atención personal, debe unirse a otro Plan MLTC o programa de Exención Basado en el Hogar y la Comunidad para seguir recibiendo los servicios CBLTSS.

Deberá abandonar el Programa MAP de Hamaspik Medicare Choice si usted:

- Ya no está en Hamaspik Medicare Choice para su cobertura de Medicare,
- Ya no es elegible para Medicaid,
- Necesita atención en un asilo de ancianos, pero no es elegible para Medicaid institucional,

- Está fuera del área de servicio del Plan durante más de treinta (30) días consecutivos,
- Se muda permanentemente fuera del área de servicio de Hamaspik Medicare Choice,
- Usted es un Afiliado con condición heredada de MLTC y ya no es elegible para el nivel de cuidado de residencia de ancianos según lo determinado por CHA, a menos que se espere razonablemente que el término de los servicios proporcionados por el Plan pueda generar que usted sea elegible para el nivel de atención de residencia de ancianos dentro del periodo posterior de seis meses,
- Ante la eventualidad de alguna reevaluación, durante su estancia en la comunidad, se determina que usted ya no cumple con el requerimiento de ADL para necesidades mínimas,
- Usted no ha recibido uno de los servicios de CBLTSS como atención sanitaria de día para adultos, enfermería privada, servicios de asistencia de salud en el hogar, CDPAS o servicios de cuidado personal en casa (Nivel 2), servicios de enfermería o terapias. Tenga en cuenta que los servicios sociales de atención sanitaria de día para adultos no le califican por sí solos para la continuación de la inscripción,
- Se une a un programa de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad, o se convierte en residente de una instalación que esté bajo el patrocinio de las Oficinas para Personas con Discapacidades del Desarrollo,
- Se convierte en residente de una instalación del programa residencial de OMH u OASAS (que no se considera un beneficio cubierto del plan MAP) durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más, o
- Se rehúsa a completar una evaluación solicitada.

Podríamos pedirle que abandone el Programa MAP de Hamaspik Medicare Choice si:

- Usted o un familiar o cuidador informal u otra persona en el hogar protagoniza una conducta o comportamiento que deteriora gravemente la capacidad del Plan para brindar servicios.
- Entrega a sabiendas información fraudulenta en un formulario de inscripción o permite el mal uso de una tarjeta de inscripción en el Programa MAP;
- No logra completar o dar cualquier autorización o divulgación necesaria; o
- Usted no paga o incurre en las disposiciones para realizar el pago, según lo determinado por el Distrito Local de Servicios Sociales (LDSS), que adeude al Plan a modo de disminución/excedente dentro de treinta (30) días luego de la primera instancia de vencimiento del monto. Habremos incurrido en un esfuerzo razonable para cobrar.

Antes de su desvinculación involuntaria, Hamaspik Medicare Choice obtendrá la aprobación de New York Medicaid Choice (NYMC) o de una entidad designada por el Estado para notificarle de la intención de cancelar su inscripción. La fecha efectiva de cancelación de suscripción correspondería al primer día del mes en el cual se haya procesado la desafiliación. Si continúa su necesidad de contar con servicios CBLTSS, se le pedirá que elija otro plan o se le asignará automáticamente a otro plan que le proporcione la cobertura para los servicios necesarios. Tras volver a inscribirse en el Programa MAP, usted podría requerir una nueva evaluación de NYIAP.

Sección VII: COMPETENCIA LINGÜÍSTICA Y CULTURAL

Hamaspik Medicare Choice honra sus creencias y es sensible a la diversidad cultural. Respetamos su cultura e identidad cultural y trabajamos para eliminar las disparidades culturales. Mantenemos una red de proveedores inclusiva y culturalmente competente y promovemos y aseguramos la entrega de servicios de una manera culturalmente apropiada para todos los afiliados. Esto incluye, pero no se limita a, aquellos con

habilidades limitadas en inglés, diversos antecedentes culturales y étnicos y diversas comunidades religiosas.

Sección VIII: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE MIEMBROS

Hamaspik Medicare Choice realizará cada esfuerzo posible por garantizar que todos los miembros reciban un trato digno y respetuoso. En el momento de la inscripción, su Gestor de Atención le explicará sus derechos y responsabilidades. Si requiere servicios de interpretación, su Gestor de Atención se ocupará de esto. El personal realizará cada esfuerzo posible por ayudarle a ejercer sus derechos.

Derechos de Miembro

- Usted tiene el derecho a recibir atención médicamente necesaria.
- Tiene derecho a solicitar un acceso oportuno al cuidado y servicios.
- Tiene el derecho de tener privacidad con respecto a su expediente médico y al conseguir tratamiento.
- Tiene el derecho de obtener información acerca de las opciones de tratamiento disponibles y alternativas presentadas de una manera y con un lenguaje comprensible.
- Tiene el derecho de obtener información en un lenguaje que entienda; usted puede obtener servicios de traducción sin cargo alguno.
- Tiene el derecho de obtener información necesaria para entregar un consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.
- Tiene derecho a un trato respetuoso y digno.
- Tiene el derecho de obtener una copia de sus expedientes médicos y solicitar que los registros sean modificados o corregidos.
- Tiene el derecho de formar parte de las decisiones con respecto a su atención de salud, incluido el derecho a rechazar tratamiento.
- Tiene el derecho de estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento empleado como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.

- Tiene el derecho de recibir atención, independiente de su género, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión.
- Tiene el derecho de recibir información respecto a dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de su plan de atención a largo plazo controlada, incluso cómo obtener los beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red en caso de no estar disponibles en la red del plan.
- Tiene el derecho de quejarse ante el Departamento de Salud del Estado de New York o con su Departamento Local de Servicios Sociales; y el derecho de solicitar una audiencia imparcial a través de la Oficina de Audiencias Administrativas y/o de Apelación Externa del Estado de New York, cuando corresponda.
- Tiene el derecho de designar a alguien para que hable en su nombre en lo referente a su atención y tratamiento.
- Tiene el derecho a buscar la asistencia del programa Participant Ombudsman.

Responsabilidades de Miembro

- Usted tiene la responsabilidad de recibir servicios cubiertos a través de Hamaspik Medicare Choice.
- Usted tiene la responsabilidad de utilizar los proveedores de la red de Hamaspik Medicare Choice para estos servicios cubiertos en la medida en que estén disponibles los proveedores de red.
- Usted tiene la responsabilidad de obtener autorización previa para servicios cubiertos, excepto para servicios cubiertos preaprobados o en emergencias.
- Usted tiene la responsabilidad de ser revisado/a por un médico si se presenta un cambio en su condición de salud.
- Usted tiene la responsabilidad de compartir su información de salud completa y precisa con sus proveedores de atención médica.
- Usted tiene la responsabilidad de informar al personal de Hamaspik Medicare Choice respecto a cualquier cambio en su salud y avisar si no comprende o es incapaz de seguir instrucciones.
- Usted tiene la responsabilidad de seguir el plan de atención recomendado por el personal de Hamaspik Medicare Choice (con su opinión).
- Usted tiene la responsabilidad de cooperar y mostrar respeto hacia el personal de Hamaspik Medicare Choice y no discriminar al personal de Hamaspik Medicare Choice por motivos de raza, color, nacionalidad, capacidad mental o física, religión, edad, género, capacidad física o mental, orientación sexual o estado civil.
- Usted tiene la responsabilidad de notificar a Hamaspik Medicare Choice dentro de dos días hábiles de la recepción de servicios sin cobertura o que no fueron preaprobados.
- Usted tiene la responsabilidad de notificar al equipo de salud de Hamaspik Medicare Choice con antelación siempre que no se encuentre en casa para recibir servicios o atención que se hayan dispuesto para usted.
- Usted tiene la responsabilidad de informar a Hamaspik Medicare Choice antes del traslado permanente del área de servicio o sobre cualquier ausencia prolongada del área de servicio.

- Usted debe asumir la responsabilidad por sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de su cuidador.
- Usted tiene la responsabilidad de cumplir con sus obligaciones financieras.

Instrucciones anticipadas

Las Instrucciones anticipadas son documentos legales que se aseguran de que sus solicitudes se cumplan en caso de que no pueda tomar decisiones por sí mismo. Las Instrucciones anticipadas pueden darse en forma de poder de atención médica, testamento vital o una orden de no resucitar. Estos documentos pueden instruir respecto qué atención desea que se le brinde en determinadas circunstancias, y/o pueden autorizar a un miembro de su familia o amigo en particular a tomar decisiones en su nombre.

Es su derecho establecer instrucciones anticipadas según lo desee. Es muy importante que documente cómo desea que continúe su atención si ya no puede comunicarse con los proveedores de manera informada debido a una enfermedad o lesión. Contacte a su Gestor de Atención para obtener ayuda con la elaboración de estos documentos. Si ya tiene una instrucción anticipada, comparta una copia con su Gestor de Atención.

Información disponible a solicitud

- Información acerca de la estructura y operación de Hamaspik Medicare Choice.
- Criterio de revisión clínica específico asociado a una condición de salud particular y otra información que Hamaspik Medicare Choice considere al autorizar servicios.
- Políticas y procedimientos respecto a la información de salud protegida.
- Descripción escrita de los arreglos organizativos y los procedimientos en curso del programa de control de calidad y mejora de rendimiento.
- Políticas de acreditación de proveedor.
- Una copia reciente del estado financiero certificado de Hamaspik Medicare Choice; y de las políticas y procedimientos empleados por Hamaspik Medicare Choice para determinar la elegibilidad de un proveedor.
- La información escrita (incluidos los documentos de plan y notificaciones) en un idioma diferente al inglés o en un formato para personas con discapacidades de audición o visión (como letra grande o Braille). Para solicitar su información en un idioma o formato diferente, o para solicitar cualquiera de los datos antes mencionados, llame a Servicios para Miembros al 888-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Opción de Notificación Electrónica

Hamaspik Medicare Choice y nuestros proveedores pueden enviarle notificaciones sobre autorizaciones de servicio,

apelaciones de plan, reclamos y apelaciones por reclamos de manera electrónica, en lugar de usar el teléfono o correo postal. También podemos enviarle comunicados sobre su manual de miembro, nuestro directorio de proveedores y los cambios en sus beneficios gestionados de Medicaid de manera electrónica, en lugar de usar el correo postal.

Podemos enviarle estas notificaciones por correo electrónico.

Si desea recibir estas notificaciones de manera electrónica, debe solicitarlo expresamente. Para solicitar notificaciones electrónicas comuníquese con nosotros por teléfono, correo electrónico, fax o correo postal:

Teléfono	1-888-426-2774
Correo electrónico.....	info@hamaspik.com
Fax.....	845-503-0999
Correo postal.....	775 North Main Street Spring Valley, NY 10977

Cuando se comunique con nosotros, usted debe:

- Indicarnos cómo desea recibir las notificaciones que generalmente le enviamos por correo,
- Indicarnos cómo desea recibir las notificaciones que generalmente le informamos por teléfono, y
- Darnos su información de contacto (número de teléfono móvil, dirección de correo electrónico, número de fax, etc.).

Hamaspik Medicare Choice le informará por correo postal que usted ha solicitado recibir notificaciones de manera electrónica.

ASISTENCIA DE IDIOMA

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 1-888-426-2774 TTY 711.	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 1-888-426-2774 TTY 711	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 。1-888-426-2774 TTY 711	Chinese
خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك: ملاحظة 0.711 TTY 1-888-426-2774 اتصل بالرقم .	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-426- 2774 TTY 711 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 1-888-426-2774 TTY 711.	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 1-888-426-2774 TTY 711.	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 1-888-426-2774 TTY 711.	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 1-888-426-2774 TTY 711.	French Creole
זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט, שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף: אכטונג רופט 1-888-426-2774 TTY 711.	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 1-888-426-2774 TTY 711.	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 1-888-426-2774 TTY 711	Tagalog
মন োন োগ োমূখে ভোষো সহায়তো পরিনষবো এবং অ ো ো ো সোহো ো আপ ো ো জ ো উপযদ্ধ। 1-888-426-2774 TTY 711 ফ ো করু ।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 1-888-426-2774 TTY 711.	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 1-888-426-2774 TTY 711	Greek
زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بال معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال: توجہ فرمائیں کریں 1-888-426-2744 TTY 711۔	Urdu