

BIENVENIDOS A METROPLUS HEALTH PLAN MEDICAID ADVANTAGE

Medicaid Advantage es un programa para personas que tienen cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Este manual le informa acerca de los beneficios de salud adicionales que cubre MetroPlus Health Plan, puesto que usted también tiene Medicaid y se ha afiliado a MetroPlus Health Plan Medicaid Advantage Program.

Estos beneficios se suman a los beneficios de Medicare que se describen en la Evidencia de Cobertura de MetroPlus Medicare Select Plan. Guarde este manual junto al de la Evidencia de Cobertura de MetroPlus Medicare Select Plan; necesitará ambos para saber qué servicios cubren y cómo obtenerlos.

Para estar en MetroPlus Health Plan y recibir los beneficios de Medicaid Advantage, también debe obtener su cobertura de Medicare por medio de MetroPlus Health Plan y vivir en el Bronx, Kings, Manhattan o Queens. La inscripción en el Programa Medicaid Advantage es voluntaria.

La cobertura que se explica en este manual tiene validez a partir de la fecha de inicio de vigencia de su inscripción en MetroPlus Health Plan Medicaid Advantage Program.

Ya que decidió afiliarse a MetroPlus Health Plan para obtener sus beneficios de Medicaid Advantage, MetroPlus Health Plan cubrirá los deducibles y copagos que no cubre Medicare, con la excepción de artículos farmacéuticos. Si existe una prima mensual para los beneficios (consulte el Capítulo 8 de la Evidencia de Cobertura de MetroPlus Medicare Select Plan) no tendrá que pagar esa prima debido a que tiene Medicaid. También cubriremos ciertos servicios que Medicare no cubre pero Medicaid sí.

El Capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura de MetroPlus Medicare Select Plan explica las normas para usar proveedores del plan y obtener atención en una emergencia médica o en una situación donde se requiere atención urgentemente.

Cuando tenga una pregunta consulte este manual, o puede llamar a nuestro Departamento de Atención al Cliente, en cualquier momento, al número que aparece a continuación. Si vive en el Bronx, Kings, Manhattan o Queens, también puede llamar a la línea de ayuda de Medicaid CHOICE de Nueva York al 1-800-505-5678.

ASISTENCIA DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

En el Departamento de Atención al Cliente hay alguien que le puede asistir:

De lunes a sábado

De 8 AM – 8 PM

Llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-866-986-0356, TTY/TDD: 1-800-881-2812

Si necesita ayuda en otros horarios, llame a nuestro servicio de contestador fuera del horario de atención, al 1-800-442-2560 y un agente estará disponible para ayudarle.

H0423_MBR1010sv2 CMS Approved 11142011

Departamento de Atención al Cliente 1-866-986-0356 y TTY/TDD 1-800-881-2812

- Puede llamar para obtener asistencia **siempre que tenga una pregunta**. Puede llamarnos para preguntar sobre beneficios y servicios, obtener ayuda con referimientos, reemplazar tarjetas de membresía perdidas o preguntar sobre algún cambio que podría afectar sus beneficios.

DEDUCIBLES Y COPAGOS DE SERVICIOS CUBIERTOS POR MEDICARE

- Los deducibles y copagos de servicios cubiertos por Medicare aparecen en la Tabla de Beneficios, en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura de MetroPlus Medicare Select Plan, en la columna “Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios”. Debido a que se ha afiliado a MetroPlus Health Plan y tiene Medicaid, MetroPlus Health Plan pagará estas cantidades. Usted no tiene que pagar estos deducibles y copagos, excepto aquellos que corresponden a la atención quiropráctica, a menos que sea un Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), y artículos farmacéuticos.

SERVICIOS CUBIERTOS POR METROPLUS HEALTH PLAN MEDICAID ADVANTAGE

La mayoría de sus beneficios y servicios de salud están cubiertos por Medicare y se describen en la Evidencia de Cobertura de MetroPlus Medicare Select Plan.

Debido a que tiene Medicaid, usted recibe servicios adicionales de nuestro plan. Estos servicios deben ser médicamente necesarios y en algunos casos necesitará un referimiento de su médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés). Debe obtener estos servicios de proveedores que pertenecen a la red de MetroPlus Health Plan. Si no puede encontrar un proveedor en nuestro plan, puede llamar al Departamento de Atención al Cliente, al 1-866-986-0356; los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-881-2812, de lunes a sábado, de 8 a.m. – 8 p.m. y pedir asistencia. MetroPlus Health Plan le ayudará a determinar si el servicio está cubierto por el plan y si ese servicio está disponible en la red de MetroPlus.

- **Transporte que No Sea de Emergencia**
El Departamento de Atención al Cliente está disponible para ayudarle a obtener sus Metro Cards y/o para programar su servicio de transporte en auto para llegar a ubicaciones autorizadas por el plan. Para programar su servicio de transporte en auto sírvase llamar al Departamento de Atención al Cliente con por lo menos 24 horas de antelación. Para el servicio de Camioneta para personas con discapacidades (Ambulette), llame al Departamento de Atención al Cliente por lo menos 48 horas antes de su cita. No necesita obtener la autorización del Plan.
- **Atención Dental**
MetroPlus Health Plan considera que brindarle a usted una buena atención dental es importante para el cuidado de su salud en general. Ofrecemos atención dental por medio de nuestro contrato con DentaQuest, una compañía experta en brindar servicios dentales de alta calidad; o también ofrecemos atención dental por medio de contratos con dentistas

Departamento de Atención al Cliente 1-866-986-0356 y TTY/TDD 1-800-881-2812

individuales que son expertos en brindar servicios dentales de alta calidad. Los servicios cubiertos incluyen servicios regulares y de rutina, tales como chequeos dentales preventivos, limpiezas, rayos x, empastes y otros servicios para chequear cambios o anomalías que pudieran necesitar tratamiento y/o atención de seguimiento. *Usted no necesita un referimiento de su PCP para ver a un dentista.*

Cómo obtener Acceso a Servicios Dentales:

No es necesario obtener autorización para los servicios dentro de la red y el miembro puede obtenerlos directamente. Es necesario obtener una autorización para los servicios fuera de la red.

- Si necesita encontrar un dentista o cambiar de dentista, llame a DentaQuest, al 1-800-215-8002 o llame a MetroPlus Health Plan, al 1-866-986-0356; los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-881-2812. Los Representantes en nuestro Departamento de Atención al Cliente están allí para ayudarle. Muchos de ellos hablan su idioma o tienen un contrato con Language Line Services (Servicio Telefónico de Interpretación de Idiomas).
- Muestre su tarjeta de Membresía para obtener sus beneficios dentales. No recibirá otra tarjeta de membresía para servicios dentales. Cuando visite a su dentista, debe mostrarle su tarjeta de membresía del plan.
- Usted también puede auto-referirse a una clínica dental que sea administrada por un centro dental académico. Llame al Departamento de Atención al Cliente de DentaQuest, al 1-800-215-8002 para recibir un listado de centros dentales académicos en su área.
- **Servicios de Atención de la Salud en el Hogar que No Cubre Medicare**
MetroPlus Health Plan ofrece servicios de atención de la salud en el hogar cubiertos por Medicaid, incluyendo servicios de atención de la salud en el hogar que no cubre Medicare (por ejemplo, servicios de asistente de la salud en el hogar bajo supervisión de enfermeros, para individuos en estado de salud inestable). Se necesita una autorización para obtener servicios de Atención de la Salud en el Hogar. Llame al Departamento de Atención al Cliente, al 1-866-986-0356 o TTY/TTD 1-800-881-2812 para recibir orientación sobre cómo obtener sus Servicios de Atención de la Salud en el Hogar.
- **Equipo Médico Durable que no cubre Medicare**
Equipo Médico Durable cubierto por Medicaid, tal como bancos y asideros para la ducha. Todo el equipo médico durable debe ser ordenado por un médico calificado. El Departamento de Atención al Cliente está disponible para facilitar el acceso a estos servicios.
- **Atención de Salud Mental para Pacientes Internados que sobrepase el límite de 190 días, de por vida, establecido por Medicare.**
MetroPlus Health Plan brindará los servicios médicamente necesarios en adición a los días cubiertos por Medicare.

Departamento de Atención al Cliente 1-866-986-0356 y TTY/TDD 1-800-881-2812

- **Servicio Ambulatorio de Salud Mental y Abuso de Sustancias.**
El afiliado debe poder auto-referirse a una evaluación cada doce (12) meses para cada beneficio que obtenga de un proveedor de la red.
- **Servicios para la Audición**
Servicios y productos de audición cuando sean médicamente necesarios para aliviar problemas causados por la pérdida o daño de la audición. Los servicios incluyen la selección, prueba y suministro de audífonos; revisión de audífonos después de haberlos recibido, evaluaciones de conformidad y reparaciones de audífonos; servicios de audiología, incluyendo exámenes y pruebas, evaluaciones y recetas de audífonos y productos relacionados con audífonos, incluyendo audífonos, moldes auditivos, accesorios especiales y piezas de repuesto.
- **Servicios de la Vista**
Los miembros también pueden acudir directamente a clínicas que ofrezcan servicios de optometría y estén afiliadas con el Colegio de Optometría de la Universidad Estatal de Nueva York. Servicios de optometristas, oftalmólogos y distribuidores de objetos oftálmicos, incluyendo anteojos, lentes de contacto y lentes de policarbonato médicamente necesarios, ojos artificiales (en existencias o hechos por encargo), artículos y servicios para corregir la visión deficiente. La cobertura también incluye la reparación y repuesto de piezas, al igual que exámenes para diagnosticar y tratar defectos visuales y/o enfermedades oculares. Los exámenes de refracción se limitan a una vez cada dos (2) años, a menos que sean justificados como médicamente necesarios. Los anteojos no necesitan cambiarse con mayor frecuencia a una vez cada dos años, a menos que sea médicamente necesario o que los anteojos se pierdan, se dañen o se destruyan.
- **Servicio de Enfermería Particular**
Para obtener ayuda para establecer o programar estos servicios, al igual que para obtener autorización, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-866-986-0356 o TTY/TTD 1-800-881-2812, de lunes a sábado, de 8 a.m. – 8 p.m.

NOTA: Terapia para Pacientes Ambulatorios

MetroPlus Health Plan cubre la terapia Ocupacional, Física y del Habla. Si usted ha llegado al límite establecido por Medicare, tiene disponible la cobertura de Medicaid. Las terapias para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicaid incluyen la terapia Ocupacional, Física y del Habla. Medicaid tiene un límite de (20) visitas cubiertas por terapia, por año, excepto para niños menores de 21 años, o si la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo ha determinado que usted padece discapacidades del desarrollo, o si ha padecido una lesión cerebral traumática.

Autorizaciones de Servicio y Acciones

Cuando MetroPlus Health Plan determine que los servicios los cubre exclusivamente Medicaid, tomaremos las decisiones sobre su atención siguiendo las siguientes reglas:

Autorización Previa:

Existen algunos tratamientos y servicios de Medicaid para los cuales necesita obtener autorización antes de recibirlos o para poder continuar recibéndolos. Esto se denomina **autorización previa**. Usted o alguna persona de su confianza puede solicitar dicha autorización. Los siguientes tratamientos y servicios deben ser aprobados antes de que pueda recibirlos:

1. Servicio para pacientes internados en el hospital o en hogares de ancianos.
2. Servicio brindado por un proveedor fuera de la red.
3. Servicios de Atención de Salud en el Hogar.
4. Equipo Médico Durable (DME), consiste de equipo o aparatos que pueden tolerar el uso repetido y son médicamente necesarios para asistirle en sus actividades diarias.

Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se llama **solicitud de autorización de servicio**. Para obtener la aprobación para estos tratamientos o servicios usted o su médico debe:

Llamar a nuestro número gratuito
del Departamento de Atención al Cliente, al 1-866-986-0356, TTY/TDD 1-800-881-2812
De lunes a sábado, de 8:00 a.m. – 8:00 p.m.

O enviar su solicitud por escrito a:

MetroPlus Health Plan
Attention: Medicare
160 Water Street, 3rd floor
New York, NY 10038

También deberá obtener una autorización previa si está recibiendo alguno de estos servicios ahora y necesita continuar recibéndolo o necesita extender el servicio. Esto incluye una solicitud para obtener atención de la salud en el hogar cubierta por Medicaid, después de haber sido hospitalizado como paciente interno. Esto se denomina **revisión concurrente**.

Qué sucede una vez que recibimos su solicitud de autorización de servicio:

El plan de salud cuenta con un equipo de revisión para garantizar que usted reciba los servicios que nos comprometemos a brindar. Médicos y enfermeros forman parte del equipo de revisión y su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que usted solicita sea médicamente necesario y adecuado para usted. Ellos cumplen esta tarea comparando su plan de tratamiento con los estándares médicamente aceptables.

Departamento de Atención al Cliente 1-866-986-0356 y TTY/TDD 1-800-881-2812

Cualquier decisión de rechazar la solicitud de autorización de servicio o aprobarla por una suma inferior a la solicitada se denomina una **acción**. Estas decisiones las tomará un profesional de la atención médica calificado. Si decidimos que el servicio que solicita no es médicamente necesario, la decisión la tomará un revisor homólogo clínico; este podría ser un doctor o un profesional de la atención médica que generalmente brinde el servicio que usted solicita. Usted puede pedir los estándares médicos específicos, llamados **criterios de revisión clínica**, que se usan para tomar las decisiones de las acciones relacionadas con la necesidad médica.

Una vez que obtengamos su solicitud la revisaremos mediante un proceso **estándar** o **rápido**. Si se considera que una demora causaría daño grave a su salud, usted o su médico pueden solicitar una revisión por proceso rápido. Si su solicitud de revisión por proceso rápido es rechazada, se lo informaremos y su caso se gestionará mediante el proceso de revisión estándar. Si usted se encuentra en el hospital o acaba de salir del hospital y recibimos una solicitud para servicios de atención de la salud en el hogar cubiertos por Medicaid, procesaremos dicha solicitud por el proceso rápido. En todos los casos revisaremos su solicitud con la rapidez que lo requiera su afección médica pero en un plazo no superior al que se menciona más adelante.

Le informaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si su solicitud fue aprobada o denegada. También le informaremos la razón por la cual tomamos dicha decisión. Le explicaremos las opciones que tiene de apelación o de audiencias imparciales en caso de que no esté de acuerdo con nuestra decisión.

Plazos para solicitudes de autorización previa:

- Revisión estándar: Tomaremos una decisión con respecto a su solicitud en un plazo de 3 días laborales a partir de la fecha que tengamos toda la información necesaria, pero usted recibirá noticias nuestras en un plazo no superior a 14 días posteriores a la fecha en la que recibamos su solicitud. En caso de que necesitemos más información se lo comunicaremos antes del plazo de 14 días.
- Revisión por proceso rápido: Tomaremos una decisión y nos comunicaremos con usted en un plazo de 3 días laborales. En caso de que necesitemos más información se lo comunicaremos antes del tercer día laboral.
- Si usted está en el hospital o acaba de salir del hospital y solicita servicios de atención de la salud en el hogar cubiertos por Medicaid en un viernes o en un día feriado, tomaremos una decisión sobre su solicitud de servicio en un plazo no superior a 72 horas después de haber recibido toda la información para tomar la decisión pero en cualquier caso, no demoraremos más de 3 días laborales, después de haber recibido la solicitud.

Plazos para solicitudes de revisión concurrentes:

- Revisión estándar: Tomaremos una decisión en un plazo de 1 día laboral a partir del día que tengamos toda la información necesaria, pero nos comunicaremos con usted en un plazo no superior a 14 días posteriores a la fecha en la que recibamos su

Departamento de Atención al Cliente 1-866-986-0356 y TTY/TDD 1-800-881-2812

solicitud. En caso de que necesitemos más información se lo comunicaremos antes del plazo de 14 días.

- Revisión por proceso rápido: Tomaremos una decisión en un plazo de 1 día laboral a partir del día que tengamos toda la información necesaria, pero nos comunicaremos con usted en un plazo no superior a 3 días laborales posteriores a la fecha en la que recibamos su solicitud. En caso de que necesitemos más información se lo comunicaremos antes del tercer día laboral.

Si necesitamos más información para tomar una decisión con respecto a su solicitud de servicio, ya sea por proceso rápido o estándar:

- Nos comunicaremos con usted por escrito para avisarle qué información necesitamos. Si su solicitud se encuentra en revisión por proceso rápido, le llamaremos enseguida y le enviaremos una notificación por escrito posteriormente.
- Le informaremos por qué la demora es en su propio beneficio.
- Tomaremos una decisión en un plazo no superior a 14 días a partir de la fecha en que solicitemos su información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también puede solicitarnos emplear más tiempo para llegar a una decisión. Esto puede deberse a que usted cuente con más información para entregarle al plan con el fin de ayudar a que se tome una decisión con respecto a su caso. Puede solicitar esto llamando al 1-866-986-0356, TTY/TDD 1-800-881-2812, de lunes a sábado, de 8 a.m. – 8 p.m., o por escrito:

MetroPlus Health Plan
Attention: Medicare
160 Water Street, 3rd floor
New York, NY 10038

Usted o alguien de su confianza puede presentar una queja ante el plan en caso de que no esté de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su solicitud. Usted o alguien de su confianza también puede presentar una queja con respecto al tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, llamando al 1-866-712-7197.

Le enviaremos una notificación antes de que se cumpla el plazo asignado para nuestra revisión. Pero si por alguna razón no nos hemos comunicado una vez cumplido dicho plazo, significa que su solicitud de autorización de servicio ha sido rechazada. Si no está satisfecho con esta respuesta tiene el derecho de presentar una apelación de acción con nosotros. Consulte la sección de Apelaciones de Acciones que figura más adelante en este manual.

Otras Decisiones Acerca de su Atención:

A veces realizaremos una revisión concurrente de la atención que está recibiendo para analizar si aún necesita dicha atención. También, podemos revisar otros tratamientos y servicios que usted

Departamento de Atención al Cliente 1-866-986-0356 y TTY/TDD 1-800-881-2812

ya haya recibido. Esto se denomina **revisión retrospectiva**. Si tomamos alguna de estas otras acciones se lo informaremos.

Plazos para enviar notificaciones con respecto a otras acciones:

- En la mayoría de los casos, si decidimos reducir, suspender o finalizar un servicio que ya habíamos aprobado y que usted está recibiendo actualmente, deberemos informárselo por lo menos 10 días antes de cambiar el servicio.
- Si estamos revisando atención que usted ha recibido en el pasado, decidiremos si pagaremos dicha atención en un plazo de 30 días a partir del día que recibamos la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago de un servicio, le enviaremos una notificación tanto a usted como a su proveedor el mismo día en que dicho pago sea denegado. Usted no tendrá que pagar por la atención que haya recibido mientras haya estado cubierta por el plan o por Medicaid, aún en caso de que posteriormente deneguemos el pago al proveedor.

SERVICIOS DE MEDICAID QUE NO CUBRE NUESTRO PLAN

Existen algunos servicios cubiertos por Medicaid que MetroPlus Health Plan no brinda. Usted puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid usando su tarjeta de beneficios de Medicaid. Si tiene alguna pregunta acerca de si un beneficio está cubierto por MetroPlus Health Plan o por Medicaid, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-866-986-0356, TTY/TDD 1-800-881-2812, de lunes a sábado, de 8 a.m. – 8 p.m. Algunos de los servicios que Medicaid cubre con el uso de la tarjeta de beneficios de Medicaid incluyen:

Farmacia

MetroPlus Health Plan cubre la mayoría de los medicamentos recetados por medio de Medicare, como se describe en el Capítulo 6 de la Evidencia de Cobertura de MetroPlus Medicare Select Plan (EOC, por sus siglas en inglés). Medicaid regular cubrirá ciertos medicamentos que no cubre MetroPlus Health Plan o Medicare, tales como; barbitúricos, benzodiazepinas, algunas vitaminas recetadas y algunos medicamentos de venta libre. También, si tiene una orden médica, puede obtener ciertas formulas enterales y algunos artículos médicos que nosotros no cubrimos, de cualquier farmacia que acepte Medicaid. Se pueden aplicar los copagos regulares de Medicaid.

Ciertos Servicios de Salud Mental, que incluyen:

- Tratamiento Intensivo de Rehabilitación Psiquiátrica
- Tratamiento Diurno
- Administración de Casos para Pacientes con Enfermedades Mentales Graves y Persistentes (auspiciada por unidades de salud mental estatales o locales)
- Atención Hospitalaria Parcial que no cubre Medicare
- Servicios de Rehabilitación para personas en hogares comunitarios o tratamiento familiar
- Tratamiento Continuo Diurno

Departamento de Atención al Cliente 1-866-986-0356 y TTY/TDD 1-800-881-2812

- Tratamiento Asertivo Comunitario
- Servicios Orientados a la Recuperación Personalizada

Ciertos Servicios para Personas con Retraso Mental e Incapacidades de Desarrollo, que Incluyen:

- Terapias prolongadas
- Tratamiento Diurno
- Coordinación de Servicios de Medicaid
- Servicios que se reciben según una exención para servicios basados en el hogar y la comunidad (*Home and Community Based Services Waiver*)
- Servicios de exención de *Medical Model* (Care-at-Home)

Otros Servicios de Medicaid

- Tratamiento con Metadona
- Servicios de Atención Individual
- Administración Integral de Casos de Medicaid
- Terapia de Observación Directa para la TB (Tuberculosis)
- Tratamiento Diurno para Adultos con VIH/SIDA
- Administración de Casos COBRA (para el VIH)
- Atención Médica Diurna para Adultos
- Servicios de Respuesta para Emergencias Personales
- Días en Centros de Enfermería Especializada que no cubre Medicare
- Servicios de Planificación Familiar Fuera de la Red

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los miembros de Medicaid Advantage pueden visitar a cualquier médico o clínica de Medicaid que brinde atención de planificación familiar. No necesita que lo refiera su médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés).

SERVICIOS QUE NO CUBRE MEDICAID ADVANTAGE O MEDICAID

Debe pagar por los servicios que no cubre MetroPlus Health Plan o Medicaid si su proveedor le informa de antemano que dichos servicios no tienen cobertura, Y si usted está de acuerdo en pagarlos. Algunos ejemplos de servicios que no cubre MetroPlus Health Plan ni Medicaid son:

- Cirugía estética, si no es médicamente necesaria
- Artículos personales y de confort
- Tratamientos para la infertilidad
- Servicios de un Proveedor que no forma parte del plan (a menos que MetroPlus Health Plan lo refiera a ese proveedor)

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-866-986-0356; los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-881-2812, de lunes a sábado, de 8 a.m. – 8 p.m.

Departamento de Atención al Cliente 1-866-986-0356 y TTY/TDD 1-800-881-2812

CANCELACIÓN DE METROPLUS MEDICAID ADVANTAGE PROGRAM

Puede Decidir Cancelar su Inscripción

Usted puede pedir que se cancele su inscripción en MetroPlus Health Plan Medicaid Advantage Program en cualquier momento y por cualquier razón.

Para solicitar que se cancele su inscripción de Medicaid Advantage, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-866-986-0356; los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-881-2812, de lunes a sábado, de 8 a.m. – 8 p.m. o a Medicaid CHOICE de Nueva York, al 1-800-505-5678, para obtener asistencia para cancelar o transferir su afiliación. El proceso podría demorar hasta seis semanas, según la fecha en la que reciban su solicitud. Puede solicitar una cancelación más rápida si considera que la demora podría dañar su salud. También puede solicitar una acción más rápida si se retira de nuestro plan de Medicare o si cree que fue inscrito en este programa sin su consentimiento.

Puede cancelar y optar por Medicaid regular o afiliarse a otro Plan de Medicaid Advantage siempre y cuando también se afilie a ese plan para su cobertura de Medicare.

Tendrá que Abandonar Medicaid Advantage Program de MetroPlus Health Plan si:

- Ya no está inscrito en MetroPlus Health Plan para su cobertura de Medicare
- Se muda permanentemente fuera del área de servicio de MetroPlus Health Plan
- Se afilia a un Programa de Atención de la Salud en el Hogar a Largo Plazo o a un Programa de Atención Administrada a Largo Plazo
- Adquiere un estatus permanente en un Hogar de Ancianos u ciertas otras instituciones
- Es encarcelado
- Su Medicaid cambia o se afilia a un programa que le quite la elegibilidad para Medicaid Advantage.

En algunos casos MetroPlus Health Plan le podría “garantizar” la cobertura. Eso significa que no lo daremos de baja como miembro de nuestro Medicaid Advantage Program durante los primeros seis meses de su inscripción—incluso si ya no es elegible para Medicaid y su caso de Medicaid se ha cerrado. Durante este tiempo puede obtener los servicios que cubre nuestro Medicaid Advantage Program. También puede recibir atención de planificación familiar y beneficios de farmacia de Medicaid, limitados, usando su tarjeta de Medicaid. Su cobertura no se “garantizará” si la razón por la cual perdió su elegibilidad para Medicaid se relaciona con la muerte, mudanza fuera del estado o encarcelación. La cobertura garantizada no aplica si usted opta por abandonar a MetroPlus Health Plan o si MetroPlus Health Plan se retira de Medicaid Advantage Program.

Podemos Pedirle que se Retire del Plan

Le pediremos que se retire de nuestro Plan de **Medicaid** Advantage si le piden que se retire de nuestro Plan de **Medicare** Advantage. (Consulte el Capítulo 10 de la Evidencia de Cobertura de Medicare para informarse sobre las razones y el proceso).

Departamento de Atención al Cliente 1-866-986-0356 y TTY/TDD 1-800-881-2812

QUÉ HACER SI TIENE UNA QUEJA ACERCA DE NUESTRO PLAN O QUIERE APELAR UNA DECISIÓN ACERCA DE SU SERVICIO

Debido a que usted tiene ambos, Medicare y Medicaid, la forma en la que usted presenta sus quejas y apelaciones de sus servicios dependerá de si MetroPlus Health Plan determina que los servicios los cubre Medicare o Medicaid.

- Para quejas y apelaciones de un servicio cubierto exclusivamente por Medicare (p. ej. servicios quiroprácticos), seguirá las normas establecidas en el Capítulo 9 de la Evidencia de Cobertura de MetroPlus Medicare Select Plan.
- Para las quejas y apelaciones de un servicio cubierto exclusivamente por Medicaid (p. ej. servicio de enfermería particular, transporte que no sea de emergencia (si lo cubre el plan) y servicios dentales (si los cubre el plan), seguirá las normas de Medicaid que figuran más adelante.
- Para las quejas y apelaciones de todos los demás servicios que cubre MetroPlus Health Plan usted puede elegir entre seguir las normas de Medicare establecidas en el Capítulo 9 de la Evidencia de Cobertura de MetroPlus Select Plan o las normas de Medicaid que se describen a continuación.

Si opta por seguir las normas de Medicare, no puede usar sus derechos de queja y apelación de Medicaid, incluyendo el derecho de solicitar al estado una Audiencia Imparcial con respecto a la queja o apelación. Pero si decide seguir las normas de Medicaid, tendrá hasta 60 días, a partir de la fecha en la que MetroPlus Health Plan le notifique la acción, para usar sus derechos de queja y apelación de Medicare.

MetroPlus le explicará los procesos de queja y apelación que usted tiene disponibles según la queja que tenga. Llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-866-986-0356, TTY/TDD 1-800-881-2812, de lunes a sábado, de 8 a.m. – 8 p.m. para obtener más información sobre sus derechos y opciones disponibles.

NORMAS DE MEDICAID PARA APELACIONES Y QUEJAS

Apelaciones de Acción

Si no está satisfecho con nuestras decisiones acerca de su atención de Medicaid, existen algunos pasos que puede tomar.

Su proveedor puede solicitar que se reconsidere su caso:

Si decidimos que su solicitud de autorización de servicio no era médicamente necesaria o que era de carácter experimental o investigativo y no consultamos a su doctor, él o ella puede solicitar hablar con el Director Médico del plan; éste se comunicará con su doctor a más tardar en un plazo de un día laboral.

Puede presentar una apelación de acción:

Departamento de Atención al Cliente 1-866-986-0356 y TTY/TDD 1-800-881-2812

- Si no está satisfecho con una acción que tomamos o con lo que decidimos sobre su solicitud de autorización de servicio, tiene un plazo de 60 días laborales, pero no más de 90 días calendario, después de haber recibido nuestra notificación, para presentar una apelación.
- Puede hacerlo usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación de acción por usted. Si necesita asistencia para presentar una apelación de acción, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-866-986-0356; los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-881-2812, de lunes a sábado, de 8 a.m. – 8 p.m.
- Nuestro trato hacia usted no cambiará, ni nos comportaremos incorrectamente con usted por haber presentado una apelación de acción.
- La apelación de acción puede presentarse por teléfono o por escrito. Si la presenta por teléfono, posteriormente debe hacer un seguimiento por escrito.

Su apelación de acción se revisará por proceso rápido en los siguientes casos:

- Si usted o su médico solicitan que su apelación de acción se revise por proceso rápido. Su doctor tendrá que explicar el motivo por el cual una demora perjudicaría su salud. Si su solicitud de revisión por proceso rápido es denegada se lo informaremos y su apelación de acción se revisará por el proceso estándar; **o bien,**
- Si su solicitud fue denegada cuando pidió continuar con la atención médica que recibe actualmente o si necesita extender un servicio que le han brindado; **o bien**
- Si su solicitud fue denegada cuando solicitó servicios de atención de la salud en el hogar cubiertos por Medicaid, después de haber estado en el hospital.
- Las apelaciones por proceso rápido pueden hacerse por teléfono y no es necesario presentarlas también por escrito.

Qué sucede una vez que recibimos su apelación:

- En un plazo de 15 días le enviaremos una carta para informarle que estamos procesando su apelación.
- Las decisiones con respecto a las Apelaciones de Acción sobre asuntos clínicos las tomarán profesionales de la atención médica calificados que no hayan participado en la toma de la primera decisión, y al menos uno de ellos deberá ser un revisor homólogo clínico.
- Las decisiones que no sean clínicas las tomarán personas que trabajan en un nivel superior respecto a quienes participaron en la primera decisión.
- Antes y durante la apelación, usted o su representante tienen acceso al expediente de su caso, el cual incluye su historia clínica y cualquier otro documento que se utilice para tomar una decisión sobre su caso;
- Además, usted puede presentar información, en persona o por escrito, con la finalidad de que esta se utilice para tomar una decisión.
- Le informaremos las razones de nuestra decisión y los fundamentos médicos, si corresponde.

Departamento de Atención al Cliente 1-866-986-0356 y TTY/TDD 1-800-881-2812

- Si está apelando nuestra decisión de que el servicio fuera de la red que solicitó no era distinto a un servicio disponible dentro de nuestra red, pídale a su médico que nos envíe:
 1. una declaración por escrito de que el servicio que usted solicitó es diferente al que ofrecemos dentro de nuestra red; y
 2. dos pruebas médicas (artículos publicados o estudios científicos) que muestren que el servicio que usted solicitó es mejor para usted y no le causará más daño que el servicio que ofrecemos en nuestra red.

Plazos para Apelaciones de Acción:

- Apelaciones de acción estándar: Si contamos con toda la información necesaria le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días a partir de la presentación de su apelación de acción. Le enviaremos una notificación por escrito sobre nuestra decisión en un plazo de 2 días laborales a partir de la fecha en que tomemos dicha decisión.
- Apelaciones de acción por proceso rápido: Si contamos con toda la información necesaria, las decisiones de apelaciones de acción por proceso rápido se producirán en un plazo de 2 días laborales a partir de la presentación de su apelación. En caso de que necesitemos más información, se lo comunicaremos en un plazo de 3 días laborales, a partir del momento en el que recibamos su apelación de acción. Le informaremos nuestra decisión por teléfono y posteriormente le enviaremos una notificación por escrito.

Si necesitamos más información para tomar una decisión con respecto a su apelación de acción, ya sea por proceso rápido o estándar:

- Nos comunicaremos con usted por escrito para informarle qué información necesitamos. Si su solicitud se encuentra en revisión por proceso rápido le llamaremos inmediatamente y le enviaremos una notificación posteriormente.
- Le informaremos por qué la demora es en su propio beneficio.
- Tomaremos una decisión en un plazo no superior a 14 días a partir de la fecha en que solicitemos más información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también podría pedirnos tomar más tiempo para llegar a una decisión. Esto puede deberse a que usted cuente con más información para entregarle al plan con el fin de ayudar a que se tome una decisión con respecto a su caso. Puede solicitar esto llamando al 1-866-986-0356; los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-881-2812, de lunes a sábado, de 8 a.m. – 8 p.m., o por escrito a MetroPlus Health Plan Attention: Medicare, 160 Water Street 3rd Floor New York, NY 10038.

Usted o alguna persona de su confianza puede presentar una queja con el plan en caso de que no esté de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su apelación de acción.

Si la negación original fue porque nosotros consideramos que el servicio no era médicamente necesario, o era de carácter experimental o investigativo, o el servicio fuera de la red no era distinto a un servicio disponible dentro de nuestra red y no le comunicamos nuestra decisión con

Departamento de Atención al Cliente 1-866-986-0356 y TTY/TDD 1-800-881-2812

respecto a su apelación de acción de manera oportuna, revertiremos la negativa original. Esto significa que aprobaremos su solicitud de autorización de servicios.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de demorarnos más en revisar su apelación de acción, o si no está satisfecho con la decisión que tomemos sobre su apelación de acción, le explicaremos todos los otros derechos de apelación de los que dispone. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, llamando al 1-866-712-7197.

Asistencia para Continuar Mientras Apela la Decisión sobre su Cuidado:

En algunos casos usted puede continuar recibiendo sus servicios mientras espera que se decida el caso de su apelación de acción. Podría continuar recibiendo los servicios que están programados para finalizar o para reducirse si usted solicita una Audiencia Imparcial:

- En un plazo de diez días a partir del momento en que le comuniquen que su solicitud ha sido denegada o que la atención debe cambiar; o bien,
- Antes de la fecha en que se ha programado el inicio de cambio de servicios.

Si su Audiencia Imparcial produce otra negativa, es posible que deba pagar los costos de cualquier otro beneficio que haya seguido recibiendo. La decisión que reciba del funcionario a cargo de la Audiencia Imparcial será definitiva.

Apelaciones Externas

Si el plan decide denegar la cobertura para un servicio médico que usted y su doctor solicitaron a razón de que este no sea médicamente necesario o porque es de carácter experimental o investigativo, o porque el servicio fuera de la red no era distinto a un servicio disponible en nuestra red, usted puede presentar una **apelación externa** independiente ante el Estado de Nueva York. Se denomina apelación externa porque la decisión la toman revisores que no trabajan para el plan de salud ni para el estado. Dichos revisores son personas calificadas que han sido aprobadas por el Estado de Nueva York. El servicio debe figurar dentro del paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental, ensayo clínico o tratamiento para una enfermedad poco común. Usted no tiene que pagar para presentar una apelación externa.

Antes de presentar una apelación ante el estado:

1. Debe haber presentado una apelación de acción con el plan y haber obtenido una decisión desfavorable y definitiva del mismo; **o bien,**
2. Si presentó una apelación de acción por proceso rápido y no está conforme con la decisión tomada por el plan, puede elegir presentar una apelación de acción estándar con el plan o solicitar directamente una apelación externa; **o bien**
3. Usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelación del plan y pasar directamente a una apelación externa.

Una vez que haya recibido una decisión desfavorable y definitiva del plan, tiene un plazo de 45 días para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acordaron omitir el procedimiento de apelación del plan, deberá solicitar la apelación externa en un plazo de 45 días a partir de la fecha en que se realizó dicho acuerdo.

Existe la posibilidad de que su plan de salud ofrezca apelaciones adicionales, si desea usarlas. Sin embargo, si quiere presentar una apelación externa, aún debe presentar su solicitud ante el Departamento de Seguros del Estado en un plazo de 45 días a partir del día en que el plan le comunique la decisión desfavorable y definitiva o de la fecha en que usted y el plan hayan acordado rechazar el proceso de apelación del plan.

Si no presenta la solicitud para la apelación externa en el tiempo establecido, perderá su derecho de presentar dicha apelación.

Para solicitar una apelación externa, llene una solicitud y envíela por correo al Departamento de Seguros del Estado. Si necesita ayuda para presentar una apelación, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-866-986-0356; los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-881-2812, de lunes a sábado, de 8 a.m. – 8 p.m. Usted y sus médicos deberán presentar información sobre su afección médica. La solicitud de apelación externa le indicará cuál es la información necesaria.

Estas son algunas de las maneras de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Seguros del Estado, al 1-800-400-8882
- Visite el sitio Web del Departamento de Seguros del Estado: www.ins.state.ny.us
- Contacte a MetroPlus Health Plan, al 1-866-986-0356; los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-881-2812, de lunes a sábado, de 8 a.m. – 8 p.m.

Se tomará una decisión con respecto a su apelación externa en un plazo de 30 días. Si el revisor a cargo de la apelación externa solicita información adicional podría requerirse más tiempo (hasta cinco días laborales). Le comunicarán la decisión final a usted y al plan en un plazo de dos días posteriores a la toma de la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico dice que una demora causaría un daño grave a su salud. Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El revisor a cargo de la apelación externa tomará una decisión con respecto a una apelación acelerada en tres días o menos. El revisor le comunicará inmediatamente, tanto a usted como al plan, la decisión por teléfono o fax. Posteriormente le enviarán una carta con la decisión.

Usted también puede solicitar una audiencia imparcial si el plan decide denegar, reducir o terminar la cobertura de un servicio médico. Usted puede solicitar una audiencia imparcial y pedir una apelación externa. Si solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión del encargado de la audiencia imparcial será la que tenga validez.

Quejas

Departamento de Atención al Cliente 1-866-986-0356 y TTY/TDD 1-800-881-2812

Esperamos que nuestro plan se adapte a sus necesidades. Si tiene algún problema llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-866-986-0356; los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-881-2812, de lunes a sábado, de 8 a.m. – 8 p.m. o escríbanos al Departamento de Atención al Cliente. Por favor, recuerde que las quejas con respecto a servicios que son beneficios exclusivamente bajo Medicare deben gestionarse a través del proceso de quejas de Medicare de MetroPlus Select Plan. Las quejas de servicios que sólo cubre Medicaid deben gestionarse a través del proceso de quejas de Medicaid de MetroPlus Health Plan. Puede elegir entre los dos procesos de queja, Medicare o Medicaid, para las quejas de servicios que MetroPlus Health Plan determine que cubren ambos, Medicare y Medicaid.

La mayoría de los problemas pueden resolverse de inmediato. Los problemas que no se resuelvan por teléfono, al igual que cualquier queja que recibamos sobre un servicio de Medicaid, serán gestionados según los procedimientos que se describen a continuación. Puede pedirle a alguien de su confianza (tal como un representante legal, miembro de familia o amigo) que presente una queja por usted. Si necesita ayuda por causa de algún problema auditivo o de visión o si necesita servicios de traducción, le podemos ayudar. Si presenta alguna queja, no se verá afectado negativamente ni emprenderemos ninguna acción en su contra.

Cómo Presentar una Queja ante el Plan:

Para presentarla por teléfono, llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-866-986-0356; los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-881-2812, de lunes a sábado, de 8 a.m. – 8 p.m. Si llama después del horario de atención, puede contactar a nuestro servicio de contestador, al 1-800-442-2560 y le devolveremos la llamada el siguiente día laboral. Si necesitamos más información para tomar una decisión, se lo comunicaremos oportunamente.

Puede enviar su queja por escrito o llamar al Departamento de Atención al Cliente para solicitar un formulario de queja. Debe enviarlo por correo a 160 Water Street 3rd Floor, New York, N.Y. 10038 – Attention: Customer Services Department, Complaint Unit.

Qué sucede después:

Si no resolvemos su problema inmediatamente por teléfono o después de haber recibido su queja por escrito, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días laborales, donde le informaremos:

- Quién está procesando su queja
- Cómo contactar a esa persona
- Si necesitamos más información

Una o más personas calificadas revisarán su queja. Si su queja implica asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales de la atención médica calificados.

Después de analizar su queja:

- Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 45 días a partir del momento en que tengamos toda la información necesaria para responder a su queja, pero nos

Departamento de Atención al Cliente 1-866-986-0356 y TTY/TDD 1-800-881-2812

comunicaremos con usted en un plazo no superior a 60 días a partir de la fecha en que recibamos su queja. Le informaremos por escrito la razón por la cual tomamos dicha decisión.

- En caso de que una demora pudiera poner en riesgo su salud, le informaremos nuestra decisión en un plazo de 48 horas a partir del momento en que contemos con toda la información necesaria para responder a su queja, pero nos comunicaremos con usted en un plazo no superior a 7 días a partir de la fecha en que recibamos su queja. Le llamaremos o trataremos de contactarlo para comunicarle nuestra decisión. Recibirá una carta de seguimiento a nuestra comunicación en 3 días laborales.
- Le informaremos cómo apelar nuestra decisión en caso de que no esté conforme e incluiremos cualquier formulario que usted pudiera necesitar.
- Si no podemos tomar una decisión con respecto a su queja por no tener suficiente información, le enviaremos una carta al respecto.

Apelaciones de Quejas:

Si no queda conforme con la decisión que tomamos con respecto a su queja, usted o alguna persona de su confianza puede presentar una **apelación de queja** con el plan.

Cómo presentar una apelación de queja:

- Si no queda satisfecho con nuestra decisión, tiene un plazo de 60 días laborales a partir de la fecha en que reciba noticias nuestras para presentar una apelación;
- Puede presentar la apelación usted mismo o pedirle a alguna persona de su confianza que lo haga por usted;
- La apelación debe hacerse por escrito. Si hace una apelación por teléfono debe hacer un seguimiento por escrito. Después de recibir su llamada le enviaremos un formulario que resumirá su apelación telefónica. Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y devolvernos el formulario. Puede hacer cualquier cambio necesario antes de regresarnos el formulario.

Qué ocurre después de que recibimos su apelación de queja:

Después de recibir su apelación de queja, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días laborales, donde le informaremos:

- Quién está procesando su apelación
- Cómo contactar a esa persona
- Si necesitamos más información

Su apelación de queja será revisada por una o más personas calificadas, que fungen a un nivel superior respecto a quienes tomaron la primera decisión acerca de su queja. Si su apelación de queja implica asuntos clínicos, su caso será analizado por uno o más profesionales de la atención médica calificados que no hayan participado en la toma de la primera decisión con respecto a su queja, y por lo menos uno de ellos será un revisor homólogo clínico.

Departamento de Atención al Cliente 1-866-986-0356 y TTY/TDD 1-800-881-2812

Si contamos con toda la información necesaria, le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días laborales. Si una demora pudiera poner en riesgo su salud, usted conocerá nuestra decisión en un plazo de 2 días laborales a partir del momento en que contemos con toda la información necesaria para decidir su apelación. Le informaremos las razones de nuestra decisión y los fundamentos médicos, si corresponde. Si aún no está satisfecho, usted o alguna persona en su representación puede presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, llamando al 1-866-712-7197.

Audiencias Imparciales

En algunos casos usted puede solicitar al Estado de Nueva York una Audiencia Imparcial.

- Si no está conforme con una decisión del Departamento de Servicios Sociales de su localidad o del Departamento de Salud del Estado, con respecto a si usted permanece o se retira de Medicaid Advantage Program.
- Si no está conforme con una decisión que tomó MetroPlus Health Plan con respecto a uno de los servicios que usted estaba recibiendo. Usted considera que la decisión limita sus beneficios de Medicaid o que el plan no tomó la decisión en un lapso de tiempo razonable.
- Si no está conforme con la decisión que tomó MetroPlus Health Plan denegando servicios. Usted considera que la decisión limita sus beneficios de Medicaid o que MetroPlus Health Plan no tomó la decisión en un lapso de tiempo razonable.
- Si no está conforme porque su médico no ordenó uno de los servicios de Medicaid que usted quería. Usted considera que la decisión de su médico cancela o limita sus beneficios de Medicaid. Debe presentar una queja y una apelación con MetroPlus Health Plan; si MetroPlus Health Plan está de acuerdo con su médico, usted puede solicitar al estado una Audiencia Imparcial.
- En algunos casos es probable que pueda continuar recibiendo los mismos cuidados mientras espera la Audiencia Imparcial.

Si presentó una queja o apelación siguiendo las normas de Medicare, no podrá solicitar al estado una Audiencia Imparcial por esa misma queja o apelación.

Puede solicitar una Audiencia Imparcial mediante cualquiera de las siguientes vías:

- Por teléfono. Llame gratuitamente al 1-800-342-3334
- Por fax, al 1-518-473-6735
- Por Internet: www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp
- Por correo:

Fair Hearing Section
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Unit

Departamento de Atención al Cliente 1-866-986-0356 y TTY/TDD 1-800-881-2812

P.O Box 22023
Albany, New York 12201-2023

Recuerde, puede presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, llamando al 1-866-712-7197. Si tiene alguna pregunta llame al Departamento de Atención al Cliente al 1-866-986-0356. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-881-2812, de lunes a sábado, de 8 a.m. – 8 p.m.

Departamento de Atención al Cliente 1-866-986-0356 y TTY/TDD 1-800-881-2812