



VNS Health MLTC

Manuale per i membri



Indice

Le diamo il benvenuto al piano di cure gestite a lungo termine	
VNS Health MLTC	4
Supporto del Team di assistenza	4
Idoneità all'iscrizione al Piano MLTC	4
Programma di valutazione indipendente di New York - Processo di valutazione iniziale.....	6
Procedura d'iscrizione.....	6
Rifiuto della copertura.....	8
Tesserino (identificativo) per i membri del piano	8
Servizi coperti dal piano VNS Health MLTC	9
<i>Servizi di gestione delle cure</i>	<i>9</i>
<i>Chi fa parte del mio Team di assistenza?</i>	<i>9</i>
<i>Assistenza fuori orario.....</i>	<i>10</i>
<i>Ulteriori servizi coperti.....</i>	<i>10</i>
<i>Limitazioni</i>	<i>15</i>
<i>Ricevere assistenza al di fuori dell'area di servizio.....</i>	<i>15</i>
<i>Servizio di emergenza.....</i>	<i>15</i>
Screening e servizi per i bisogni sociali legati alla salute (HRSN).....	16
Procedure di assistenza transitoria.....	18
Programma Money Follows the Person (MFP)/ Open Doors	19
Servizi Medicaid non coperti dal piano	20
<i>Servizi di trasporto sanitario non di emergenza</i>	<i>20</i>
<i>Farmacia</i>	<i>20</i>
<i>Alcuni servizi di salute mentale, tra cui:</i>	<i>20</i>
<i>Alcuni servizi per le disabilità intellettive e dello sviluppo, tra cui:.....</i>	<i>21</i>
<i>Altri servizi Medicaid tra cui:.....</i>	<i>21</i>
Servizi non coperti da VNS Health MLTC o Medicaid	21
Autorizzazioni per i servizi, azioni e ricorsi contro le azioni	21
<i>Autorizzazione preliminare.....</i>	<i>22</i>
<i>Esame concomitante.....</i>	<i>22</i>

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)

Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

<i>Esame retrospettivo</i>	<i>23</i>
<i>Cosa succede dopo che abbiamo ricevuto la Sua richiesta di autorizzazione per i servizi?</i>	<i>23</i>
Tempistiche per le richieste di autorizzazione preliminare	23
Tempistiche per le richieste di esame concomitante	24
Che cos'è un'azione?	25
<i>Tempistiche della notifica di azione</i>	<i>25</i>
<i>Contenuto della notifica di azione</i>	<i>25</i>
Come faccio a ricorrere contro un'azione?	26
Come faccio a contattare il mio piano per presentare un ricorso?	26
<i>Per alcune azioni si può richiedere la prosecuzione del servizio durante la procedura di ricorso</i>	<i>26</i>
Quanto tempo sarà necessario al Piano per decidere sul mio ricorso contro un'azione?	27
<i>Procedura di ricorso rapido</i>	<i>27</i>
<i>Cosa posso fare se il Piano respinge il mio ricorso?</i>	<i>28</i>
<i>Udienze in contraddittorio dello Stato</i>	<i>28</i>
<i>Ricorsi statali esterni</i>	<i>30</i>
Reclami e ricorsi contro i reclami	30
Cosa si intende per Reclamo?	31
Procedura di reclamo	31
Come faccio a ricorrere contro la decisione di un reclamo?	32
Difensori civici dei Partecipanti	32
Cancellazione dal piano VNS Health MLTC	33
Cancellazione volontaria	33
Trasferimenti	33
Cancellazione non volontaria	34
Dovrà lasciare VNS Health MLTC se:	34
Possiamo chiederLe di lasciare VNS Health MLTC se:	35
Competenza culturale e linguistica	35
Diritti e responsabilità dei membri	35
Diritti dei membri	35

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

<i>Responsabilità dei membri.....</i>	<i>37</i>
<i>Disposizioni anticipate.....</i>	<i>37</i>
<i>Informazioni disponibili su richiesta.....</i>	<i>38</i>
<i>Opzione di comunicazione elettronica</i>	<i>38</i>

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

Le diamo il benvenuto al piano di cure gestite a lungo termine **VNS Health MLTC**

Le diamo il benvenuto al Piano VNS Health MLTC (cure gestite a lungo termine). Il piano MLTC è ideato appositamente per gli iscritti a Medicaid che necessitano di Servizi e supporti a lungo termine di tipo comunitario (CBLTSS) come l'assistenza a domicilio e le cure personali al fine di poter rimanere nelle rispettive abitazioni e comunità il più a lungo possibile.

Il presente manuale vuole illustrare gli ulteriori vantaggi offerti da VNS Health MLTC a partire dal momento dell'iscrizione al piano. Informa anche su come richiedere un servizio, presentare un reclamo o annullare l'iscrizione a VNS Health MLTC. Conservi questo manuale per consultazione. Include informazioni importanti su VNS Health MLTC e i vantaggi offerti dal nostro piano. Il manuale serve a conoscere quali servizi sono coperti e come ottenerli.

Supporto del Team di assistenza

Può contattarci in qualsiasi momento, 24 ore al giorno, sette giorni su sette, al numero dei Servizi per i membri riportato di seguito.

Qualcuno del Team di assistenza Le aiuterà:

1-888-867-6555 (TTY: 711)

Può ricevere importanti informazioni sul programma nella lingua che comprende meglio. Ci chiami se ha bisogno di questo documento in un'altra lingua o in altri formati, come ad esempio stampa a caratteri grandi, braille o audio. Può ricevere queste informazioni gratuitamente.

Idoneità all'iscrizione al Piano MLTC

Il piano MLTC è indicato per gli iscritti a Medicaid. Ha diritto ad aderire al piano MLTC chi:

- 1) Ha almeno **18** anni,
- 2) Risiede nell'area di servizio del piano, ovvero: Albany, Allegany, Bronx, Broome, Cattaraugus, Cayuga, Chautauqua, Chemung, Chenango, Columbia, Cortland, Delaware, Dutchess, Erie, Fulton, Genesee, Greene, Herkimer, Kings (Brooklyn), Livingston, Madison, Monroe, Montgomery, Nassau, New York (Manhattan), Niagara, Oneida, Onondaga, Ontario, Orange, Orleans, Oswego, Otsego, Putnam, Queens, Rensselaer, Richmond (Staten Island), Rockland, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Schuyler, Seneca, Steuben, Suffolk, Sullivan, Tioga, Tompkins, Ulster,

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)

Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

Warren, Washington, Wayne, Westchester, Wyoming, e Yates.

- 3) È iscritto a Medicaid,
- 4) È iscritto solo a Medicaid o ha un'età compresa tra 18 e 20 anni **ed** è iscritto a Medicaid e Medicare e ha diritto all'assistenza in una casa di cura,
- 5) È in grado, al momento dell'iscrizione, di ritornare o rimanere nella propria abitazione e comunità senza mettere a repentaglio la propria salute e sicurezza, **e**
- 6) È necessario usufruire di almeno uno dei seguenti Servizi e supporti a lungo termine basati sulla comunità (CBLTSS) per un periodo continuativo superiore a 120 giorni dalla data di iscrizione, oltre a soddisfare i Requisiti minimi di necessità elencati di seguito:
 - CBLTSS:
 - Servizi infermieristici a domicilio
 - Terapie a domicilio
 - Servizi di assistenza sanitaria a domicilio
 - Servizi di assistenza personale a domicilio
 - Assistenza sanitaria diurna per adulti
 - Assistenza infermieristica privata; oppure
 - Servizi di assistenza personale orientati al consumatore
 - Requisiti minimi:
 - almeno un'assistenza limitata nelle manovre fisiche per più di due attività della vita quotidiana (ADL); oppure
 - persone con diagnosi di demenza o Alzheimer, la cui valutazione indica la necessità di almeno una supervisione per più di una attività della vita quotidiana (ADL)

Nota: Le persone iscritte al programma MLTC prima del 1 settembre 2025 otterranno lo status di MLTC Plan Legacy e saranno valutate secondo i criteri precedenti, a condizione che rimangano iscritte al programma ininterrottamente. Le persone con status MLTC Plan Legacy non saranno tenute a soddisfare i Requisiti minimi durante la rivalutazione.

La copertura illustrata nel presente Manuale ha efficacia dalla data di iscrizione al piano VNS Health MLTC. L'adesione al piano MLTC è volontaria.

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

Programma di valutazione indipendente di New York - Processo di valutazione iniziale

A partire dal 16 maggio 2022 il Conflict Free Evaluation and Enrollment Center (CFEEC) prenderà il nome di Programma di valutazione indipendente di New York (NYIAP). Il NYIAP gestirà il processo di valutazione iniziale. Il NYIAP avvierà le valutazioni iniziali urgenti in una data successiva. Il processo di valutazione iniziale prevede di completare:

- **Valutazione dei bisogni sanitari della comunità (CHA):** La CHA serve a verificare la necessità di cure personali e/o servizi di assistenza personale diretti al consumatore (PCS/CDPAS) e l'idoneità all'iscrizione ai piani di Cure gestite a lungo termine.
- **Visita medica e prescrizione medica (PO):** La PO documenta la visita medica indicando che:
 - alla persona serve assistenza con le attività quotidiane; **e**
 - che le condizioni mediche sono stabili e che è possibile ricevere i servizi PCS e/o CDPAS a domicilio.

Il NYIAP programmerà sia la CHA che le visite mediche. La compilazione della CHA sarà a cura di un infermiere professionista (RN). Una volta completata la CHA, entro qualche giorno il medico NYIAP effettuerà la visita medica e rilascerà la PO.

VNS Health MLTC si baserà sugli esiti della CHA e della PO per determinare il tipo di assistenza necessaria e istituire il piano di cura per l'utente. Se il piano di cura propone i servizi PCS e/o CDPAS in media per più di 12 ore al giorno, sarà necessario un esame separato da parte del Comitato di revisione indipendente (IRP) del NYIAP. L'IRP è un comitato di medici specializzati che riesaminerà la CHA, la PO, il piano di cura e ogni altra documentazione medica. Qualora fossero richieste maggiori informazioni, un membro del comitato potrà visitar. La o discutere con Lei delle Sue esigenze. L'IRP consiglierà VNS Health MLTC sull'eventuale corrispondenza del piano di cura alle esigenze dell'utente.

Una volta che il NYIAP avrà completato le fasi di valutazione iniziale e avrà determinato l'idoneità alle Cure gestite a lungo termine Medicaid, potrà scegliere a quale piano di Cura gestite a lungo termine iscriversi.

Procedura d'iscrizione

Un membro del Team di assistenza aiuterà a prendere un appuntamento con l'iscritto presso il suo domicilio in un orario comodo. Durante la visita, l'infermiere incaricato applicherà la Valutazione dei bisogni sanitari della

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)

Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

comunità del NYIAP per sviluppare un primo Piano di servizi centrato sulla persona (PCSP). Alcune valutazioni possono essere effettuate in telemedicina in caso non fosse possibile la visita di persona.

L'infermiere incaricato della valutazione chiederà all'iscritto di firmare un'autorizzazione per il rilascio di informazioni sanitarie (un modulo del Department of Health dello Stato di New York) in conformità alle normative HIPAA. Ciò consentirà al piano di ottenere informazioni e spunti da medici e altri operatori sanitari. Queste informazioni ci forniranno dettagli importanti sulle esigenze di salute degli iscritti in modo da poter fornire i servizi più adatti a loro. Proteggeremo le informazioni sanitarie riservate dell'iscritto nella misura massima consentita dalla legge. Durante la valutazione, le Disposizioni anticipate verranno riviste con l'iscritto. Le Disposizioni anticipate indicano agli altri quali decisioni mediche prendere se un iscritto non può farlo. Gli iscritti possono anche nominare qualcuno che parli a loro nome (chiamato agente). Riteniamo che le disposizioni anticipate siano una parte importante per garantire che le decisioni in materia sanitaria riflettano i veri desideri dell'iscritto.

La valutazione potrebbe dover essere completata in più di una visita a domicilio o in telemedicina. Durante queste visite, l'infermiere incaricato della valutazione parlerà del programma con l'iscritto e la sua famiglia per assicurarsi che tutti comprendano come funziona il piano. Verranno forniti il presente Manuale per i membri, l'Elenco dei fornitori e verranno esaminate le politiche e le procedure del piano.

L'infermiere incaricato della valutazione e il gestore delle cure lavoreranno anche con l'iscritto, la sua famiglia e gli operatori sanitari, per sviluppare un PCSP che soddisfi le sue esigenze e consideri il più possibile la sua cultura e le sue convinzioni. Il PCSP verrà inviato all'iscritto a mezzo postale e includerà i servizi che riceverà una volta diventato membro VNS Health MLTC per il periodo di tempo indicato nel piano. All'iscritto verrà chiesto di sottoscrivere e consegnare una copia del piano. Qualora le condizioni dell'iscritto cambiassero, il Team di assistenza collaborerà con l'iscritto e il suo medico curante (PCP) per modificare il PCSP e continuare a soddisfare le sue esigenze di cura a lungo termine.

L'iscrizione a VNS Health MLTC è volontaria. L'infermiere incaricato della valutazione chiederà all'iscritto di sottoscrivere un contratto di iscrizione. Se dopo aver sottoscritto il contratto di iscrizione l'iscritto scegliesse di non iscriversi al programma, avrà facoltà di revocarlo entro mezzogiorno del 20° giorno del mese precedente la data di decorrenza della propria iscrizione. L'iscritto dovrà chiamarci o contattarci per iscritto. Invieremo una conferma scritta dell'avvenuta revoca.

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

Medicaid deve verificare l'idoneità Medicaid di un iscritto prima dell'iscrizione a VNS Health MLTC. Una volta sottoscritto il contratto di iscrizione, invieremo le informazioni dell'utente a New York Medicaid Choice. L'iscrizione è ufficiale una volta confermata da New York Medicaid Choice. Nella maggior parte dei casi, le iscrizioni a VNS Health MLTC vengono confermate il primo giorno del mese successivo alla stipula del contratto di iscrizione. Confermeremo telefonicamente l'effettiva data di decorrenza dell'iscrizione, di solito qualche giorno prima dell'inizio dell'adesione al piano. Il Suo gestore delle cure si assicurerà che Lei riceva tutti i servizi descritti nel rispettivo PCSP.

Rifiuto della copertura

Oltre al caso in cui non si soddisfino i criteri elencati nell'**Idoneità all'iscrizione al Piano MLTC**, l'iscrizione al piano verrà respinta se:

- Attualmente riceve le cure in ospedale o in una struttura residenziale gestita dallo State Office of Mental Health, Office of Alcoholism, and Substance Abuse Services o dall'Office for People with Developmental Disabilities (OPWDD). Le ricordiamo che anche a fronte dell'accettazione della richiesta di iscrizione a VNS Health MLTC, l'iscrizione sarà valida solo dopo il rientro nella propria abitazione e nella comunità.
- È attualmente iscritto a un altro programma di cure gestite con Medicaid, un programma di Trattamento diurno sponsorizzato dall'OPWDD o un programma di hospice. Solo interrompendo la partecipazione a questi programmi potrà essere presa in considerazione la Sua iscrizione al piano.
- In passato la Sua iscrizione al piano è stata cancellata **involontariamente** e la situazione che ha portato alla cancellazione non è stata risolta.

Tesserino (identificativo) per i membri del piano

Riceverà il Suo Tesserino identificativo VNS Health MLTC entro 30 giorni dalla data di decorrenza dell'iscrizione. Verifichi che le informazioni riportate sul tesserino siano corrette. La invitiamo a conservarlo con la tessera Medicaid in modo che sia a portata di mano quando ne ha bisogno. In caso di furto o smarrimento del tesserino, contatti il Team di assistenza o chieda una sostituzione tramite il Suo account online, <http://vnshealthplans.org/account>. Dal Suo account online può anche scaricare un tesserino identificativo temporaneo

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

Servizi coperti dal piano VNS Health MLTC

Servizi di gestione delle cure

In quanto membro del nostro piano, riceverà i Servizi di gestione delle cure. Il nostro piano Le assegnerà un gestore delle cure, ovvero un professionista sanitario, di solito un infermiere o un assistente sociale. Il Suo gestore delle cure collaborerà con Lei e il Suo medico per decidere i servizi di cui ha bisogno e sviluppare un Piano di servizi centrato sulla persona (PCSP). Il Suo gestore delle cure prenderà anche gli appuntamenti per tutti i servizi di cui ha bisogno organizzandone il trasporto.

Chi fa parte del mio Team di assistenza?

- **Infermiere incaricato della valutazione:** La prima persona che incontrerà al momento dell'iscrizione è l'infermiere incaricato della valutazione. Questa figura Le farà visita a domicilio ogni 12 mesi per parlare con Lei e assicurarsi che le Sue esigenze sanitarie siano ancora soddisfatte, condividendo tali informazioni con il Suo gestore delle cure.
- **Gestore delle cure:** Il Suo gestore delle cure è il “capitano” del Team di assistenza che:
 - È un infermiere professionista o un assistente sociale abilitato che coordina ogni aspetto del Suo Piano di servizi centrati sulla persona (PCSP).
 - Ha esperienza nella cura di persone con esigenza di cure a lungo termine.
 - Garantisce che tutte le cure sanitarie e i servizi di cura a lungo termine siano coordinati con tutti gli operatori sanitari.
 - Organizza servizi non coperti da VNS Health MLTC, ma è pagato da Medicare, Medicaid o altra assicurazione.

Il Suo gestore delle cure:

- ✓ Parlerà con Lei delle Sue esigenze e preferenze.
- ✓ Collaborerà con Lei per sviluppare un PCSP che soddisfi le Sue esigenze.
- ✓ Si coordinerà con gli altri operatori sanitari (es. medico di base, specialisti, assistenti sociali e terapeuti) per garantirLe i servizi di cui ha bisogno.
- ✓ Coordinerà ogni aspetto del Suo piano PCSP.
 - Il Suo PCSP verrà aggiornato periodicamente sulla base di una valutazione completa delle Sue esigenze di salute e di una variazione delle Sue condizioni. Lei gioca un ruolo importante in questo processo.

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)

Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

Se ritiene di aver bisogno di un servizio coperto dal piano ma non compreso nel Suo PCSP, parli con il Suo gestore delle cure.

- **Assistenti sociali:** Gli assistenti sociali possono fornire assistenza e supporto per le questioni che potrebbero influire sul Suo benessere. Possono aiutarla a trovare i contatti per le prestazioni pubbliche, le risorse su base comunitaria e i servizi di supporto. Informi il Suo gestore delle cure se desidera parlare con un assistente sociale.

Il Team di assistenza è disponibile al telefono ogni volta che ha bisogno di servizi, desidera modificare il Suo PCSP oppure se riscontra problemi. Sono a Sua completa disposizione.

Assistenza fuori orario

Se ha bisogno di assistenza al di fuori dell'orario di servizio, nei fine settimana o durante una vacanza, potrà usufruire di uno degli infermieri professionisti in turno presso la nostra unità dedicata. Chiamando il Team di assistenza verrà automaticamente indirizzato a un infermiere in turno nell'unità fuori orario di servizio.

Questi infermieri appositamente formati risponderanno alle domande sulle Sue condizioni cliniche. Qualora ritenessero che le Sue condizioni costituissero un'emergenza, si accerteranno di far La assistere quanto prima. Possono anche indirizzarla a un ospedale, contattare il Suo medico e il gestore delle cure oltre a contattarla direttamente in caso di problemi con un fornitore o un servizio erogato a domicilio.

Ulteriori servizi coperti

Per chi dispone di Medicaid e ha diritto a ricevere i servizi MLTC, il nostro piano organizzerà e pagherà anche le prestazioni sanitarie e i servizi sociali descritti di seguito. Ha diritto a ricevere questi servizi purché necessari dal punto di vista medico, ovvero necessari a prevenire o curare la Sua malattia o disabilità. Il Suo gestore delle cure La aiuterà a identificare i servizi e i fornitori di cui ha bisogno. In alcuni casi, potrebbe essere necessario ricorrere a un rinvio o a una prescrizione del medico per ottenere questi servizi. È necessario che a erogare questi servizi siano dei fornitori convenzionati con la rete VNS Health MLTC. Se non riesce a trovare un fornitore nel nostro piano copriremo i servizi erogati da fornitori non convenzionati con la rete del piano nei seguenti casi:

- Se ha bisogno di cure mediche che in base a Medicaid dovrebbero essere coperte dal piano ma che i fornitori convenzionati non possono erogare, dovrà farsi approvare un'autorizzazione preliminare dal piano prima di ricevere le cure da un fornitore non convenzionato con la rete.

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)

Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

- Se Lei è un nuovo membro e riceve servizi per cure a lungo termine da parte di Medicaid. Continueremo a coprire questi servizi da un fornitore non convenzionato con la rete per almeno 90 giorni dall'iscrizione.

- **Riabilitazione ambulatoriale**

- **Fisioterapia:** copre la valutazione e il trattamento di lesioni e malattie che modificano la capacità di funzionare, mantenere la funzionalità attuale o di rallentarne il declino, quando il medico o un altro operatore sanitario ne certifica la necessità. L'autorizzazione preliminare potrebbe essere obbligatoria.
- **Terapia occupazionale:** copre la valutazione e il trattamento per aiutar La a svolgere le attività della vita quotidiana (come vestirsi o fare il bagno) per mantenere le capacità attuali o rallentarne il declino quando il medico o un altro operatore sanitario ne certifica la necessità. L'autorizzazione preliminare potrebbe essere obbligatoria.
- **Logopedia:** copre la valutazione e il trattamento per riacquistare e rafforzare le abilità linguistiche e del linguaggio, tra cui le capacità cognitive e di deglutizione, oppure per mantenere la funzionalità attuale o rallentarne il declino quando il medico o un altro operatore sanitario ne certifica la necessità. L'autorizzazione preliminare potrebbe essere obbligatoria.

- **Cura della persona** (es. assistenza nel lavarsi, mangiare, vestirsi, andare in bagno e camminare): coordineremo la fornitura di cura della persona per assisterla in attività quali l'igiene personale, vestirsi e mangiare e il supporto nell'ambiente domestico. I servizi di cura della persona devono essere necessari da un punto di vista medico. L'autorizzazione preliminare è obbligatoria.

- **Servizi di assistenza sanitaria a domicilio non coperti da Medicare**, tra cui assistenza infermieristica, assistenza sanitaria a domicilio, terapia occupazionale, fisioterapia e logopedia. Coordineremo la fornitura di servizi di assistenza a domicilio, tra cui quella di infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, specialisti in terapia occupazionale e logopedisti. Questi servizi vengono forniti per aiutare a mantenere, riabilitare, orientare e/o sostenere il Suo stato di salute. Il personale eroga i servizi in base al Piano di servizi centrati sulla persona (PCSP) e tutti i servizi vengono forniti a domicilio. L'autorizzazione preliminare è obbligatoria.

- **Alimentazione:** possiamo fornire servizi nutrizionali di un dietista professionista che valuterà il Suo fabbisogno nutrizionale e Le darà dei consigli per garantire che la Sua dieta sia in linea con il Suo stato di salute e le Sue esigenze personali. L'autorizzazione preliminare è obbligatoria.

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)

Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

- **Servizi sociali di natura medica:** valutazione necessaria dal punto di vista medico, organizzazione e fornitura di supporti per questioni sociali legate al mantenimento di un individuo a casa. L'autorizzazione preliminare è obbligatoria.
- **Pasti consegnati a domicilio e/o pasti in un contesto di gruppo come in un centro diurno:** possiamo farle consegnare i pasti a domicilio oppure in un contesto di gruppo nel rispetto del Suo piano di cura. In genere vengono forniti uno o due pasti al giorno per le persone che non sono in grado di prepararli e che non usufruiscono di servizi di assistenza personale per assistere alla preparazione. L'autorizzazione preliminare è obbligatoria.
- **Centro sociale diurno:** un programma strutturato che offre socializzazione, cura della persona e pasti in un ambiente protetto. Potrebbe anche ricevere servizi quali il miglioramento delle capacità per la vita quotidiana, i trasporti e l'assistenza di caregiver. Se interessato, il Suo gestore delle cure può organizzare la Sua presenza in un centro sociale diurno. L'autorizzazione preliminare è obbligatoria.
- **Infermieri privati:** l'assistenza infermieristica qualificata continua viene fornita a domicilio da infermieri professionisti o abilitati alla professione. L'autorizzazione preliminare potrebbe essere obbligatoria.
- **Cure odontoiatriche:** può ricevere **servizi di cure odontoiatriche preventive e di base** da qualsiasi dentista riportato nell'Elenco dei fornitori senza previa approvazione. Non è necessaria alcuna autorizzazione per recarsi da un dentista convenzionato per un controllo due volte l'anno e per i servizi odontoiatrici di base. È coperto il trattamento di corone e canali radicolari in determinate circostanze per consentirLe di mantenere una dentatura più naturale. Inoltre, per determinare la necessità di protesi e impianti sostitutivi servirà solo una raccomandazione del dentista. Se ha bisogno di servizi odontoiatrici più complessi, sarà necessaria l'autorizzazione preliminare. Il dentista dovrà ricevere da Lei tale autorizzazione. Possiamo aiutarla a selezionare un dentista e/o prendere un appuntamento.
- **Supporti sociali/ambientali** (es. lavori domestici, modifiche all'abitazione o interventi di sollievo): nel caso in cui lo richieda, possiamo fornire servizi e articoli di supporto sociale e ambientale a sostegno delle Sue esigenze mediche e previsti dal piano di cura. Questi servizi e articoli includono, a titolo esemplificativo, quanto segue: attività di manutenzione della casa, servizi di pulizia/lavori domestici, disinfestazione, modifiche all'abitazione per migliorare la sicurezza e cure di sollievo. L'autorizzazione preliminare è obbligatoria.

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)

Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

- **Sistema di risposta alle emergenze personali (PERS):** un dispositivo elettronico che consente ai membri di ottenere assistenza in caso di emergenza (comprese quelle di natura fisica, emotiva o ambientale). Tali sistemi sono di solito collegati al telefono del membro e inviano un segnale a un centro di risposta una volta attivato il pulsante di “aiuto”. In caso di emergenza, il segnale viene ricevuto e gestito in modo appropriato dal nostro centro di risposta convenzionato. L'autorizzazione preliminare è obbligatoria.
- **Cure mediche in centri diurni per adulti:** possiamo organizzare un'assistenza sanitaria diurna per adulti in una struttura sanitaria residenziale o in un centro approvato dallo Stato sotto la supervisione di un medico. I servizi forniti dall'assistenza sanitaria diurna per adulti comprendono servizi medici, infermieristici, alimentari e nutrizionali, servizi sociali, terapia riabilitativa, attività per il tempo libero, cure odontoiatriche, servizi farmaceutici e altri servizi. Non bisogna essere necessariamente costretti a casa e richiedere determinati servizi preventivi o terapeutici per frequentare un Centro diurno per adulti. L'autorizzazione preliminare è obbligatoria.
- **Assistenza in casa di cura non coperta da Medicare (a condizione che abbia diritto a Medicaid istituzionale):** pur facendo del nostro meglio per soddisfare le Sue esigenze abitative, potrebbero esserci momenti in cui è più appropriato essere assistiti in una casa di cura. Il ricovero in una delle nostre case di cura convenzionate avviene su base individuale. La decisione di essere assistiti in una casa di cura deve essere presa a livello personale, dal proprio medico, dai familiari e dal Suo gestore delle cure. Esistono due tipi di degenza in tali strutture. Può essere una degenza di a breve termine o riabilitativa in seguito a ricovero ospedaliero oppure una a lungo termine per cure continuative. Non è necessaria alcuna degenza ospedaliera preventiva.
- **Audiologia/Apparecchi acustici:** i servizi e i prodotti Medicaid per l'udito sono coperti quando sono necessari dal punto di vista medico per alleviare la disabilità provocata dalla perdita o dal danneggiamento dell'udito. I servizi includono scelta, regolazione e distribuzione degli apparecchi acustici; controllo degli apparecchi acustici a seguito di distribuzione, valutazioni di conformità e riparazioni di apparecchi acustici; Servizi di audiology, compresi esami ed analisi, valutazioni e prescrizioni di apparecchi acustici; e prodotti per apparecchi acustici, compresi apparecchi acustici, chioccioline auricolari, accessori speciali e pezzi di ricambio. L'autorizzazione preliminare è obbligatoria.
- **Attrezzature mediche di lunga durata (DME):** Medicaid copre le attrezzature mediche di lunga durata, tra cui dispositivi e attrezzature diversi

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)

Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

dagli apparecchi protesici o ortesici aventi le seguenti caratteristiche: resistenti all'uso ripetuto per un periodo di tempo prolungato; utilizzati principalmente e abitualmente per scopi medici; generalmente non necessari in assenza di malattia o infortunio e di solito regolati, progettati o realizzati per l'uso di un particolare individuo. I DME devono essere prescritti da un medico abilitato. Le forniture medico/chirurgiche, le formule e gli integratori enterali/parenterali e le batterie per apparecchi acustici devono essere prescritti da un medico abilitato. Per alcuni articoli l'autorizzazione preliminare potrebbe essere obbligatoria.

- **Forniture mediche:** articoli per uso medico diversi da farmaci, apparecchi protesici o ortotici, attrezzature mediche di lunga durata o calzature ortopediche prescritti da un medico per il trattamento di una condizione medica specifica e che di solito sono: beni di consumo, non riutilizzabili, monouso, indicati per uno scopo specifico piuttosto che occasionale e generalmente con valore non recuperabile. L'autorizzazione preliminare è obbligatoria.
- **Protesi e ortesi:** le protesi sono apparecchi e dispositivi che sostituiscono qualsiasi parte mancante del corpo. Le ortesi sono apparecchi e dispositivi utilizzati per supportare, allineare, prevenire o correggere la funzione di parti mobili del corpo. L'autorizzazione preliminare è obbligatoria.
- **Optometria/Occhiali** – L'optometria comprende i servizi di un optometrista e di un tecnico oftalmico. È possibile sottoporsi a un esame oculistico di routine senza autorizzazione preliminare ogni due anni presso un oculista presente nell'Elenco fornitori. Per alcuni servizi potrebbe essere necessaria un'autorizzazione preliminare.
- **Servizi di assistenza personale diretti al consumatore (CDPAS)** sono un modello di assistenza a domicilio autogestita e disponibile per i consumatori che hanno diritto a Medicaid e che sono malati cronici o fisicamente disabili e necessitano di servizi di assistenza a domicilio. I consumatori che necessitano di assistenza personale, sanitaria a domicilio e/o servizi infermieristici professionali possono ricevere questi servizi da un professionista che offre assistenza personale diretta al consumatore sotto la direzione dell'iscritto o del suo rappresentante designato. Il Suo gestore delle cure può aiutarla a determinare il livello di assistenza con i servizi di cura della persona, i servizi di assistenza sanitaria a domicilio e/o i servizi infermieristici professionali che ha diritto a ricevere. Parli col Suo gestore delle cure per maggiori informazioni su CDPAS e per determinare se sono

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

idonei per Lei. L'autorizzazione preliminare è obbligatoria.

- **Podologia:** diagnosi e trattamento medico o chirurgico di lesioni e malattie dei piedi. Cura di routine del piede per membri con determinate condizioni mediche che colpiscono gli arti inferiori. L'autorizzazione preliminare è obbligatoria.
- **Terapia respiratoria:** cura preventiva e trattamento dei disturbi cardiaci e polmonari. L'autorizzazione preliminare è obbligatoria.

Limitazioni

La formula enterale e gli integratori alimentari sono limitati ai soggetti che non possono alimentarsi con altri mezzi e alle seguenti condizioni:

1. persone alimentate con sondino che non possono masticare o deglutire il cibo e devono nutrirsi attraverso la formula tramite sondino;
2. persone con rari disturbi metabolici congeniti che necessitano di formule mediche specifiche per apportare i nutrienti essenziali non disponibili con altri mezzi; **e**
3. in determinate condizioni, gli adulti affetti da HIV, AIDS o malattie correlate all'HIV, o altre malattie o condizioni, possono avere diritto a un'ulteriore alimentazione per via orale.

La copertura di alcune malattie ereditarie del metabolismo degli aminoacidi e degli acidi organici comprende i prodotti alimentari solidi modificati a basso contenuto proteico o che contengono proteine modificate.

L'assistenza in casa di cura è coperta per chi si ritiene abbia bisogno di una degenza a tempo indeterminato per almeno tre mesi. Dopo tale periodo, l'assistenza nella casa di cura potrebbe essere coperta da Medicaid regolare; pertanto, la Sua iscrizione a VNS Health MLTC verrà cancellata.

Ricevere assistenza al di fuori dell'area di servizio

È necessario informare il proprio gestore delle cure quando si viaggia al di fuori della area coperta dal servizio. Se dovesse aver bisogno di servizi al di fuori di tale area, dovrà contattare il Suo gestore delle cure per organizzare i servizi.

Servizio di emergenza

Per servizio di emergenza si intende l'insorgenza improvvisa di una condizione che rappresenta una seria minaccia per la salute. Per le emergenze mediche chiamare il 911. Come riportato sopra, per il servizio di emergenza non è necessaria l'autorizzazione preliminare. Tuttavia, è necessario avvisare VNS

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)

Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

Health MLTC entro 24 ore dall'emergenza. Potrebbe aver bisogno di servizi di cure a lungo termine che possono essere forniti soltanto da VNS Health MLTC.

Se viene ricoverato in ospedale, un familiare o altro caregiver dovrebbe contattare VNS Health MLTC entro 24 ore dal ricovero. Il Suo gestore delle cure sospenderà i servizi di assistenza a domicilio e annullerà altri appuntamenti, se necessario. Si assicuri di dire al medico di base o all'addetto alla pianificazione della dimissione ospedaliera di contattare VNS Health MLTC così da consentirci di collaborare con loro per pianificare le Sue cure al momento della dimissione.

Screening e servizi per i bisogni sociali legati alla salute (HRSN)

A partire dal **1 gennaio 2025**, è possibile ricevere valutazioni e segnalazioni ai servizi locali, statali e federali esistenti tramite le reti regionali di assistenza sociale (SCN). Se soddisfa i requisiti, questi gruppi locali possono metterLa in contatto con servizi nella Sua comunità per assisterLa con alloggio, trasporti, istruzione, occupazione e gestione dell'assistenza.

- Dopo aver effettuato lo screening tramite tale SCN, Lei e qualsiasi membro interessato del Suo nucleo familiare potete incontrare un Navigator per l'assistenza sociale che potrà confermare l'idoneità ai servizi utili per la salute e il benessere individuali. Potrebbero richiedere a Lei o ai membri del Suo nucleo familiare della documentazione a supporto per determinare dove potrebbe essere necessario un supporto aggiuntivo.
- Se Lei o qualsiasi membro del Suo nucleo familiare avete diritto ai servizi, il Navigator per l'assistenza sociale può aiutarvi a ottenere il supporto necessario. Potrebbe avere diritto a più di un servizio, a seconda dei requisiti individuali. Questi servizi includono:
 - Sostegno per alloggio e utenze:
 - Installazione di modifiche domestiche come rampe, corrimano, maniglioni, passerelle, apriporta elettrici, allargamento delle porte, maniglie per porte e armadi, accessori per il bagno, mobili o lavelli da cucina e superfici antiscivolo per rendere la casa accessibile e sicura.
 - Servizi di risanamento da muffa, infestazioni e trattamento per l'asma.
 - Installazione di un condizionatore d'aria fredda e calda, un umidificatore o un deumidificatore per contribuire a migliorare la ventilazione nella tua casa.
 - Installazione di piccole unità di refrigerazione necessarie per trattamenti medici.

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

- Assistenza per trovare e richiedere un alloggio sicuro e stabile nella comunità, tra cui assistenza per affitto e utenze.

NOTA: Alcuni servizi abitativi potrebbero essere coperti dal piano.

Pertanto, per alcuni servizi abitativi sarà necessario il coordinamento tra il Navigator per l'assistenza sociale e il responsabile dell'assistenza del piano sanitario.

○ Servizi di trasporto:

- Assistenza per accedere ai trasporti pubblici o privati per raggiungere i luoghi approvati dalla SCN, come ad esempio per un colloquio di lavoro, corsi per genitori, udienze in tribunale per prevenire lo sfratto, mercati agricoli locali e uffici comunali o statali per ottenere documenti importanti.

○ Servizi di gestione dell'assistenza:

- Ottenere aiuto per trovare un lavoro o un programma di formazione professionale, fare domanda per i sussidi pubblici, gestire le proprie finanze e altro ancora.
- Accesso a servizi come assistenza all'infanzia, consulenza psicologica, intervento in situazioni di crisi, programmi di assistenza sanitaria domiciliare e altro ancora.

Come contattare la SCN di zona:

1. Può chiamarci al numero 1-888-867-6555 (TTY: 711) e La metteremo in contatto con la SCN di zona.
2. È possibile contattare la SCN della propria contea per richiedere uno screening o ulteriori informazioni. Consulti le informazioni di contatto della SCN nella tabella che trova di seguito.
3. È inoltre possibile visitare il loro sito web per avviare un'autovalutazione.

Dopo aver contattato la SCN, un Navigator per l'assistenza sociale confermerà la Sua idoneità ponendole delle domande, richiedendo la documentazione di supporto (se necessaria), fornendoLe maggiori informazioni sui servizi a cui ha diritto e aiutandoLa ad accedervi.

SCN	Contee	Numero di telefono
Public Health Solutions	Manhattan, Queens, Brooklyn	888-755-5045
	https://www.wholeyou.nyc/	

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

SCN	Contee	Numero di telefono
Health Equity Alliance of Long Island	Nassau, Suffolk	516-505-4434
	https://healiny.org/	
Somos Healthcare Providers, Inc.	Bronx	833-SOMOSNY (833-766-6769)
	https://www.somoscommunitycare.org/social-care-network/	
Staten Island Performing Provider System	Richmond	917-830-1140
	https://statenislandpps.org/social-care-network/	
Hudson Valley Care Coalition, Inc.	Dutchess, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan, Ulster, Westchester	800-768-5080
	https://hudsonvalleycare.org/services/hudson-valleys-social-care-network/	
Healthy Alliance Foundation Inc.	Albany, Columbia, Greene, Rensselaer, Montgomery, Saratoga, Schenectady, Schoharie	518-520-3211
	Cortland, Herkimer, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego	315-505-2290
	Fulton, Warren, Washington	518-656-8312
	https://www.healthyalliance.org/member/	
Forward Leading IPA	Allegany, Cayuga, Chemung, Genesee, Livingston, Monroe, Ontario, Orleans, Schuyler, Seneca, Steuben, Wayne, Wyoming, Yates	315-264-9991
	https://forwardleadingipa.org/welinkcare	
Care Compass Collaborative	Broome, Chenango, Delaware, Otsego, Tioga, Tompkins	607-352-5264
	https://carecompasscollaborative.org/social-care-network/	
Western New York Integrated Care Collaborative Inc.	Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Niagara	716-431-5100
	https://wnyscn.org/	

Procedure di assistenza transitoria

I nuovi membri VNS Health MLTC possono proseguire il ciclo di trattamento in corso per un periodo transitorio fino a 60 giorni dall'iscrizione presso un

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

fornitore di assistenza sanitaria non convenzionato con la rete se accetta il pagamento alla tariffa del piano, aderisce alla garanzia di qualità VNS Health MLTC e altre polizze e presenta al piano informazioni mediche sulle cure. Se un fornitore lascia la rete, sarà possibile proseguire il ciclo di trattamento in corso per un periodo transitorio fino a 90 giorni se il fornitore accetta il pagamento alla tariffa del piano, aderisce alla garanzia di qualità del piano e ad altre politiche e presenta al piano informazioni mediche sulle cure.

Programma Money Follows the Person (MFP)/ Open Doors

Questa sezione descrive i servizi e le forme di sostegno rese disponibili dal **programma Money Follows the Person (MFP)/Open Doors**. MFP/Open Doors è un programma che può aiutar La a fare ritorno da una casa di cura alla Sua abitazione o residenza nella comunità. Può risultare idoneo al programma MFP/Open Doors se:

- Ha vissuto in una casa di cura per almeno tre mesi
- I servizi della comunità sono sufficienti a provvedere alle Sue esigenze sanitarie

MFP/Open Doors mette a Sua disposizione dei professionisti, definiti specialisti e compagni di transizione (Transition Specialist and Peer), che possono incontrarla in casa di cura per discutere insieme a Lei del Suo ritorno nella comunità. Gli specialisti e compagni di transizione sono diversi dai gestori delle cure e dal personale addetto alla dimissione. Questi professionisti possono aiutarla:

- OffrendoLe informazioni su servizi e forme di sostegno nella comunità
- Trovando dei servizi comunitari che possano aiutarla a rendersi indipendente
- FarLe visita o contattarla dopo il trasferimento per assicurarsi che abbia in casa tutto ciò che le serve.
-

Per ulteriori informazioni sul programma MFP/Open Doors o per prenotare un appuntamento con uno specialista e compagno di transizione, La invitiamo a contattare la New York Association on Independent Living al numero 1-844-545-7108 o via email all'indirizzo mfp@health.ny.gov. Può anche visitare il sito del programma MFP/Open Doors all'indirizzo www.health.ny.gov/mfp o www.ilny.org.

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

Servizi Medicaid non coperti dal piano

Esistono alcuni servizi Medicaid che VNS Health MLTC non copre ma che potrebbero essere coperti da Medicaid regolare. Può ricevere questi servizi da ogni fornitore convenzionato Medicaid utilizzando la Sua tessera Medicaid Benefit. Contatti il Team di assistenza al numero 1-888-867-6555 (TTY: 711) se ha domande sulla copertura di una prestazione da parte di VNS Health MLTC o Medicaid. Alcuni dei servizi coperti da Medicaid con tessera Medicaid Benefit includono:

Servizi di trasporto sanitario non di emergenza

Questo servizio sarà organizzato dall'agente di trasporto statale del Department of Health dello Stato di New York, noto come Medical Answering Services (MAS).

Per organizzare il trasporto medico non di emergenza, Lei o il Suo fornitore dovete contattare MAS all'indirizzo <https://www.medanswering.com/> MAS all'indirizzo <https://www.medanswering.com/> o chiamare il numero 844-666-6270 (area sud) o 866-932-7740 (area nord), da lunedì a venerdì, dalle 7 alle 18. Ove possibile, si raccomanda di contattare, personalmente o tramite il proprio medico, MAS almeno tre giorni prima della visita medica e fornire i dettagli della prenotazione (data, orario, indirizzo e nome del medico), oltre al proprio numero identificativo Medicaid.

Per ulteriori informazioni su questi servizi, visitare la pagina Web del Department of Health Transportation:

www.health.ny.gov/health_care/medicaid/members/medtrans_overview.htm.

Farmacia

La maggior parte dei farmaci soggetti e non soggetti a prescrizione, nonché le prescrizioni combinate, sono coperti da Medicaid regolare o da Medicare Parte D, se si dispone di Medicare.

Alcuni servizi di salute mentale, tra cui:

- Trattamento di riabilitazione psichiatrica intensiva
- Trattamento diurno
- Gestione dei casi di malattie mentali gravi e persistenti (sponsorizzato da unità di salute mentale statali o locali)
- Cure ospedaliere parziali non coperte da Medicare
- Servizi di riabilitazione per chi si trova in comunità o sotto forma di cure familiari
- Trattamento giornaliero continuativo

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)

Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

- Trattamento assertivo della comunità
- Servizi orientati al recupero personalizzato

Alcuni servizi per le disabilità intellettive e dello sviluppo, tra cui:

- Terapie a lungo termine
- Trattamento diurno
- Coordinamento dei servizi Medicaid
- Servizi ricevuti tramite programma di esonero Home and Community Based Waiver

Altri servizi Medicaid tra cui:

- Trattamento con metadone
- Terapia osservata direttamente (DOT) per TB (tubercolosi)
- Gestione COBRA dei casi HIV
- Pianificazione familiare
- Alcuni farmaci che potenziano l'ovulazione ritenuti necessari dal punto di vista medico, quando i criteri sono soddisfatti

Servizi non coperti da VNS Health MLTC o Medicaid

Lei è tenuto al pagamento dei servizi non coperti da VNS Health MLTC o da Medicaid se il fornitore comunica anticipatamente che tali servizi non sono coperti E Lei accetta di pagarli. Esempi di servizi non coperti da VNS Health MLTC o Medicaid:

- Chirurgia estetica, se non necessaria da un punto di vista medico
- Articoli personali e di comfort
- Servizi di un Fornitore che non fa parte del piano (a meno che non sia VNS Health MLTC a effettuare l'invio)

In caso di domande, contatti il Team di assistenza al numero riportato di seguito.

Autorizzazioni per i servizi, azioni e ricorsi contro le azioni

Quando richiede l'approvazione di un trattamento o un servizio, tale azione viene chiamata **richiesta di autorizzazione per i servizi**. Per inviare una richiesta di autorizzazione al servizio, Lei o il Suo fornitore dovete contattare il nostro numero verde (1-888-867-6555) o inviare la richiesta per iscritto a:

VNS Health MLTC
Health Plans - Medical Management Department
220 East 42nd Street
New York, NY 10017

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

I servizi Le verranno autorizzati in una determinata quantità e per uno specifico periodo temporale. Questo viene definito **periodo di autorizzazione**.

Autorizzazione preliminare

Alcuni servizi coperti richiedono l'**autorizzazione preliminare** (approvazione anticipata) da parte di VNS Health MLTC prima di riceverli o poter continuare a riceverli. Possono essere richiesti da Lei o da qualcuno di Sua fiducia.

Le richieste di copertura di servizi nuovi o aggiuntivi possono essere presentate al Team di assistenza dall'iscritto, dal Suo rappresentante designato o dal fornitore. Le richieste possono essere formulate verbalmente o per iscritto. In alcuni casi, potrebbe essere necessario ricorrere a un rinvio o a una prescrizione del medico per ottenere questi servizi. Il Team di assistenza La aiuterà a ottenere l'autorizzazione per i servizi coperti soggetti ad autorizzazione preliminare e tutta la documentazione richiesta, se necessaria. **Prima** di poter ricevere i trattamenti e i servizi elencati di seguito è necessaria l'approvazione:

- Cure personali
- Servizi di cure sanitarie a domicilio
- Servizi nutrizionali
- Servizi medico-sociali
- Pasti consegnati a domicilio e/o pasti in un contesto di gruppo come in un centro diurno
- Centro sociale diurno
- Assistenza infermieristica privata
- Supporti sociali/ambientali
- Sistema di risposta per emergenza personale (PERS)
- Cure mediche nei centri diurni per adulti
- Assistenza in case di cura non coperte da Medicare
- Audiologia
- Attrezzature mediche di lunga durata (DME)
- Forniture mediche
- Protesi e ortesi
- Servizi di assistenza personale di tipo "Consumer Directed" (CDPAS)
- Podologia
- Terapia respiratoria

Esame concomitante

Può anche chiedere a VNS Health MLTC di ottenere più servizi di quelli attuali.

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)

Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

Si parla in questi casi di **esame concomitante**.

Esame retrospettivo

A volte potremmo condurre un esame sulle cure che sta ricevendo, per verificare che ne abbia ancora bisogno. Possiamo inoltre esaminare altri trattamenti e servizi da Lei già ricevuti. Si parla in questi casi di esame retrospettivo. La avviseremo se effettueremo tale esame.

Cosa succede dopo che abbiamo ricevuto la Sua richiesta di autorizzazione per i servizi?

Il piano dispone di un team esaminatore, per assicurarsi che ottenga i servizi da noi promessi. Medici e infermieri fanno parte del team esaminatore. Il lavoro di tale team consiste nell'assicurarsi che il trattamento o il servizio da Lei richiesto sia necessario e corretto dal punto di vista medico. Ciò avviene controllando il Suo piano di trattamento a fronte di accettabili standard medici.

Possiamo decidere di rifiutare una richiesta di autorizzazione per servizi o di approvare tale richiesta per una somma inferiore a quella richiesta. Tali decisioni verranno prese da uno specialista sanitario qualificato. Qualora decidessimo che il servizio richiesto non è necessario dal punto di vista medico, la decisione verrà presa da un esaminatore clinico che potrebbe essere un medico, un infermiere o uno specialista che in genere fornisce le cure da Lei richieste. È possibile richiedere gli standard medici specifici, denominati **criteri per l'esame clinico**, utilizzati per prendere la decisione per le azioni relative alla necessità da un punto di vista medico.

Una volta ricevuta la Sua richiesta, la esamineremo in base a un processo **standard** o **rapido**. Lei o il Suo medico può chiedere un esame rapido qualora si ritenga che un ritardo arrechi gravi danni alla Sua salute. Se la richiesta di esame rapido viene rifiutata, La avviseremo e la Sua richiesta verrà gestita in base al processo di esame standard. In tutti i casi, esamineremo la Sua richiesta con la velocità suggerita dalle Sue condizioni mediche, ma non più tardi di quanto indicato di seguito.

Tempistiche per le richieste di autorizzazione preliminare

- **Esame standard:** Prenderemo una decisione sulla Sua richiesta entro 3 giorni lavorativi dal momento in cui disporremo di tutte le informazioni che ci servono, ma La contatteremo entro e non oltre 14 giorni dalla ricezione della Sua richiesta. Le faremo sapere entro il 14° giorno se ci servono maggiori informazioni.
- **Esame rapido:** Prenderemo una decisione sulla Sua richiesta e provvederemo a contattarLa entro 72 ore. Le faremo sapere entro

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

72 ore se ci servono maggiori informazioni.

Tempistiche per le richieste di esame concomitante

- **Esame standard:** Prenderemo una decisione entro 1 giorno lavorativo dal momento in cui disporremo di tutte le informazioni che ci servono, ma La contatteremo entro e non oltre 14 giorni dalla ricezione.
- **Esame rapido:** Prenderemo una decisione entro 1 giorno lavorativo da quello in cui disporremo di tutte le informazioni necessarie. Le faremo sapere entro 72 ore dalla ricezione della Sua richiesta. Le faremo sapere entro 1 giorno lavorativo se ci servono maggiori informazioni.

Qualora avessimo bisogno di maggiori informazioni per prendere una decisione, con esame standard o rapido, sulla Sua richiesta di servizi, le tempistiche di cui sopra potranno essere estese fino a 14 giorni. Agiremo nel seguente modo:

- Le scriveremo indicandoLe di quali informazioni abbiamo bisogno. Se la Sua richiesta rientra nella procedura di esame rapido, La contatteremo per telefono e faremo seguire una comunicazione scritta.
- Le spiegheremo perché il ritardo è nel Suo interesse.
- Prenderemo una decisione il più rapidamente possibile se riceveremo le informazioni necessarie, ma entro e non oltre 14 giorni dal giorno in cui sono state richieste ulteriori informazioni.

Lei, il Suo fornitore o qualcuno di Sua fiducia può inoltre richiederci una proroga prima di prendere una decisione. Ad esempio, se avesse ulteriori informazioni da fornire per aiutarci a decidere sul Suo caso. La proroga può essere richiesta chiamando il numero 1-888-867-6555 (TTY: 711) o per iscritto.

Lei o qualcuno di Sua fiducia può presentare un reclamo nei confronti del piano qualora non accettasse la nostra decisione di prendere più tempo per esaminare la Sua richiesta. Lei o qualcuno di Sua fiducia potete inoltre presentare un reclamo contro le tempistiche dell'esame al Department of Health dello Stato di New York chiamando il numero 1-866-712-7197.

Se la nostra risposta è Sì, in tutto o in parte, a ciò che ha richiesto, autorizzeremo il servizio o Le forniremo l'articolo richiesto.

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

Se la nostra risposta è NO, in tutto o in parte, a ciò che ha richiesto, Le invieremo una comunicazione che ne illustra le motivazioni. Consulti **Come faccio a ricorrere contro un'azione?** Troverà informazioni su come presentare ricorso se non è d'accordo con la nostra decisione.

Che cos'è un'azione?

Si considerano “azioni” tutti i casi in cui VNS Health MLTC rifiuta o limita i servizi richiesti da Lei o dal Suo fornitore; rifiuta la richiesta di invio a specialista; decide che un servizio richiesto non rappresenta una prestazione coperta; limita, riduce, sospende o interrompe servizi precedentemente autorizzati; rifiuta il pagamento per i servizi; non fornisce servizi tempestivamente; oppure non produce decisioni su reclami o ricorsi entro le scadenze richieste. Un'azione è soggetta a ricorso. (Consulti la sezione seguente *“Come faccio a ricorrere contro un'azione?”* per maggiori informazioni.)

Tempistiche della notifica di azione

Se decidessimo di rifiutare o limitare i servizi da Lei richiesti, oppure di non pagare, in tutto o in parte, un servizio coperto, Le invieremo una notifica una volta presa la nostra decisione. Se proponessimo di limitare, ridurre, sospendere o interrompere un servizio precedentemente autorizzato, invieremo una comunicazione con almeno 10 giorni di anticipo rispetto alla data di variazione prevista al servizio in questione.

Contenuto della notifica di azione

Qualsiasi notifica che Le invieremo a proposito di un'azione:

- spiegherà l'azione che abbiamo intrapreso o intendiamo intraprendere;
- citerà i motivi dell'azione inclusa l'eventuale motivazione clinica alla sua base;
- descriverà il Suo diritto a presentare un ricorso nei nostri confronti (incluso il fatto che possa o meno avere il diritto alla procedura esterna di ricorso dello Stato);
- descriverà il modo in cui presentare un ricorso interno e le circostanze in cui può richiederci di velocizzare (con urgenza) l'esame del Suo ricorso interno; descriverà la disponibilità dei criteri di esame clinico su cui ci siamo basati per prendere la decisione, se ha implicato problemi di necessità da un punto di vista medico o se il trattamento o il servizio in questione erano sperimentali o investigativi; e
- descriverà le eventuali informazioni che Lei e/o il Suo fornitore dovete fornirci in modo da pronunciare una decisione sul ricorso.

Inoltre, la notifica La informerà sul Suo diritto a presentare ricorso e richiedere un'Udienza in contraddittorio dello Stato:

- spiegando la differenza tra un ricorso e un'Udienza in contraddittorio;

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)

Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

- comunicando che è necessario presentare ricorso prima di richiedere un'Udienza in contraddittorio; e
- illustrando le modalità con cui presentare ricorso.

Se dovessimo ridurre, sospendere o cessare un servizio autorizzato, la comunicazione La informerà anche sui Suoi diritti alla continuazione dei servizi durante la fase di delibera sul Suo ricorso. Per continuare a usufruire dei servizi è necessario presentare ricorso entro 10 giorni dalla data riportata sulla comunicazione oppure dalla data di efficacia prevista per l'azione proposta, a seconda di quale data sia più tardiva.

Come faccio a ricorrere contro un'azione?

Se non è d'accordo con un'azione che abbiamo intrapreso, può fare ricorso. Se presenta un ricorso, ciò significa che dobbiamo esaminare di nuovo il motivo per cui abbiamo intrapreso la nostra azione per decidere se eravamo nel giusto. Può presentare un ricorso verbale o scritto contro un'azione del piano. Quando il piano Le invia una comunicazione relativa a un'azione che sta intraprendendo (es. negare o limitare i servizi oppure non pagare i servizi), dovrà presentare la richiesta di ricorso entro 60 giorni dalla data riportata sulla comunicazione. Qualora dovessimo ridurre, sospendere o cessare un servizio autorizzato e Lei desiderasse far continuare tale servizio durante la delibera sul Suo ricorso, dovrà presentare ricorso entro 10 giorni dalla data riportata sulla comunicazione oppure dalla data di efficacia prevista per l'azione proposta, a seconda di quale data sia più tardiva.

Come faccio a contattare il mio piano per presentare un ricorso?

È possibile contattarci al numero 1-888-867-6555 (TTY: 711) oppure scrivendo a:

VNS Health
Health Plans – Grievance & Appeals
PO Box 445
Elmsford, NY 10523

La persona che riceve il Suo ricorso lo registrerà e il personale addetto supervisionerà l'esame del ricorso. Le invieremo una avviso segnalandoLe che abbiamo ricevuto il Suo ricorso e descrivendoLe il modo in cui lo gestiremo. Il Suo ricorso verrà esaminato da uno staff clinico esperto, non coinvolto nella decisione iniziale del piano, né nell'azione contro cui sta facendo ricorso.

Per alcune azioni si può richiedere la prosecuzione del servizio durante la procedura di ricorso

Se intende presentare un ricorso contro una riduzione, una sospensione o un'interruzione dei servizi che è attualmente autorizzato a ricevere, dovrà

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

presentare un ricorso al piano per continuare a ricevere tali servizi durante la fase di delibera sul ricorso. Siamo tenuti a garantirLe la continuità di servizio se presenta un ricorso al piano entro e non oltre 10 giorni dalla data della comunicazione relativa a limitazione, riduzione, sospensione o cessazione dei servizi oppure dalla data di efficacia prevista per l'azione proposta, a seconda di quale data sia più tardiva. Per conoscere le modalità con cui presentare ricorso al piano e chiedere assistenza per la continuazione dei servizi, consulti **“Come faccio a ricorrere contro un'azione?”**

Sebbene possa richiedere la continuazione dei servizi, qualora l'esito del ricorso contro il piano non sia a Suo favore, potremmo richiederLe il pagamento di tali servizi nel caso in cui fossero forniti soltanto sulla base della Sua richiesta di continuazione in fase di esame del Suo caso.

Quanto tempo sarà necessario al Piano per decidere sul mio ricorso contro un'azione?

A meno che il Suo ricorso non venga sottoposto a procedura rapida, esamineremo il ricorso contro l'azione da noi intrapresa come ricorso standard. Le invieremo una decisione scritta nei tempi richiesti dalle Sue condizioni di salute, ma entro e non oltre 30 giorni dal giorno della ricezione del ricorso. (Il periodo di esame può essere esteso fino a 14 giorni in caso di richiesta di proroga o se è necessario produrre più informazioni e tale ritardo è nel Suo interesse.) Durante il nostro esame potrà presentare il Suo caso di persona e per iscritto. Le invieremo anche i documenti che fanno parte dell'esame del ricorso.

Le invieremo una notifica sulla decisione presa sul Suo ricorso, che identificherà tale decisione e la data in cui l'abbiamo formulata.

Nel caso ribaltassimo la nostra decisione di rifiutare o limitare i servizi richiesti, oppure di restringere, ridurre, sospendere o interrompere i servizi, e tali servizi non fossero stati forniti mentre il ricorso era in sospeso, Le forniremo i servizi in questione il prima possibile sulla base delle Sue condizioni di salute. In alcuni casi può presentare un “ricorso rapido”. (Consultare la sezione **“Procedura di ricorso rapido”** riportata di seguito.)

Procedura di ricorso rapido

Velocizzeremo sempre l'esame se il ricorso riguarda la richiesta di un servizio aggiuntivo che sta già ricevendo. Se Lei o il Suo fornitore ritenete che il tempo richiesto da un ricorso standard possa provocare un serio problema alla Sua salute o alla Sua vita, può richiedere un esame rapido del Suo ricorso contro l'azione. Le risponderemo con la nostra decisione entro 2 giorni lavorativi dalla ricezione da parte nostra di tutte le informazioni necessarie. In nessun caso il

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)

Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

tempo per comunicare la nostra decisione sarà superiore a 72 ore dalla ricezione del Suo ricorso. (Il periodo di esame può essere esteso fino a 14 giorni in caso di richiesta di proroga o se è necessario produrre più informazioni e tale ritardo è nel Suo interesse.)

Qualora non fossimo d'accordo con la Sua richiesta di ricorso urgente, ci impegneremo quanto più possibile per contattarLa di persona in modo da far Le sapere che abbiamo rifiutato tale richiesta di ricorso rapido e che la gestiremo quindi come un ricorso standard. Inoltre, Le invieremo una notifica scritta della nostra decisione di respingere la Sua richiesta di ricorso rapido entro 2 giorni dalla relativa ricezione.

Cosa posso fare se il Piano respinge il mio ricorso?

Se la nostra decisione sul Suo ricorso non fosse completamente in Suo favore, la notifica da Lei ricevuta spiegherà il Suo diritto a richiedere un'Udienza in contraddittorio a Medicaid nello Stato di New York e spiegherà inoltre come ottenere un'udienza di tale tipo, chi può comparire in Sua vece in occasione di tale udienza e, per alcuni ricorsi, il Suo diritto a richiedere di ricevere i servizi mentre l'udienza è in corso e come eseguire tale richiesta.

Nota: Dovrà richiedere un'Udienza in contraddittorio entro 120 giorni solari dalla data della Notifica di decisione finale avversa.

Qualora rifiutassimo il Suo ricorso a causa di problemi di necessità da un punto di vista medico, oppure se il servizio in questione fosse sperimentale od oggetto di sperimentazione, la notifica Le illustrerà anche come richiedere allo Stato di New York un “ricorso esterno” contro la nostra decisione.

Udienze in contraddittorio dello Stato

Qualora respingessimo il ricorso al piano o non fornissimo la Notifica di decisione finale avversa entro i tempi indicati in **“Quanto tempo sarà necessario al Piano per decidere sul mio ricorso contro un'azione?”** di cui sopra, è possibile richiedere un'Udienza in contraddittorio allo Stato di New York. La delibera dell'Udienza in contraddittorio può annullare la nostra decisione. Dovrà richiedere un'Udienza in contraddittorio entro 120 giorni solari dalla data di invio della Notifica di decisione finale avversa.

Qualora dovessimo ridurre, sospendere o cessare un servizio autorizzato e Lei desiderasse far continuare tale servizio fino alla risoluzione del Suo ricorso, dovrà richiedere un'Udienza in contraddittorio entro 10 giorni dalla data di notifica della Decisione finale avversa.

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

Le Sue prestazioni continueranno fino a quando non ritirerà l'Udienza in contraddittorio oppure fino a quando l'ufficiale giudiziario dell'Udienza in contraddittorio emetterà una decisione non a Suo favore, a seconda della condizione che si verifichi prima.

Qualora l'ufficiale giudiziario dell'Udienza in contraddittorio dello Stato ribaltasse la nostra decisione, dovremo garantirLe di ricevere tempestivamente i servizi in questione e il prima possibile in base alle Sue condizioni di salute. Se ha ricevuto i servizi in questione mentre il Suo ricorso era in sospeso, saremo tenuti al pagamento dei servizi coperti ordinato dall'ufficiale giudiziario dell'Udienza in contraddittorio.

Sebbene Lei abbia richiesto di continuare i servizi mentre era in attesa della delibera dell'Udienza in contraddittorio, se tale udienza non delibera a Suo favore Lei potrà essere ritenuto responsabile del pagamento dei servizi oggetto dell'Udienza in contraddittorio.

Può presentare istanza per un'Udienza in contraddittorio dello Stato contattando l'Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) dello Stato di New York:

- Modulo di richiesta online: otda.ny.gov/hearings/request
- Spedendo il modulo di richiesta stampabile al:

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

- Inviando via fax il modulo di richiesta stampabile al numero:
(518) 473-6735
- Tramite richiesta telefonica:

Linea per l'Udienza in contraddittorio standard— 1 (800) 342-3334

Linea per l'Udienza in contraddittorio d'emergenza— 1 (800) 205-0110

Linea con servizio TTY— 711 (richiedere che l'operatore chiami il numero 1 (877) 502-6155)

- Tramite richiesta di persona:

New York City

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

Albany

40 North Pearl Street, 15th Floor
Albany, New York 12243

Per maggiori informazioni sulle modalità di richiesta dell'Udienza in

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

contraddittorio, visiti il sito: otda.ny.gov/hearings/request

Ricorsi statali esterni

Qualora rifiutassimo il Suo ricorso ritenendo che il servizio non sia necessario da un punto di vista medico, oppure sia sperimentale od oggetto di sperimentazione, Lei può chiedere un ricorso esterno allo Stato di New York. Il ricorso esterno viene deciso da esaminatori che non lavorano per noi o per lo Stato di New York. Tali esaminatori sono persone qualificate e autorizzate dallo Stato di New York. Non deve pagare nulla per un ricorso esterno.

Nel prendere la decisione di rifiutare un ricorso per mancanza di necessità da un punto di vista medico o sulla base del fatto che il servizio è sperimentale od oggetto di sperimentazione, Le forniremo le informazioni sul modo in cui presentare un ricorso esterno, incluso un modulo su cui presentare il ricorso esterno insieme alla nostra decisione di rifiutare un ricorso. Se desidera un ricorso esterno, dovrà presentare il modulo al Department of Financial Services dello Stato di New York entro quattro mesi dalla data in cui abbiamo respinto il Suo ricorso.

Il Suo ricorso esterno verrà deciso entro 30 giorni. Potrebbe essere necessario più tempo (fino a 5 giorni lavorativi) nel caso l'esaminatore del ricorso esterno richieda maggiori informazioni. L'esaminatore informerà Lei e noi della decisione finale entro due giorni lavorativi dalla data di delibera.

Può richiedere una decisione più rapida se il Suo medico è in grado di sostenere che un ritardo provocherebbe gravi danni alla Sua salute. In questo caso si parla di ricorso esterno rapido. L'esaminatore del ricorso esterno deciderà un ricorso rapido entro 72 ore al massimo. L'esaminatore informerà immediatamente Lei e noi della decisione per telefono o fax. In seguito, invierà una lettera contenente la decisione.

Può richiedere sia un'Udienza in contraddittorio che un ricorso esterno. Se richiede un'Udienza in contraddittorio e un ricorso esterno, la decisione dell'ufficiale giudiziario dell'Udienza in contraddittorio sarà "quella che conta".

Reclami e ricorsi contro i reclami

VNS Health MLTC cercherà di fare del proprio meglio per affrontare i Suoi problemi il prima possibile e nel modo per Lei più soddisfacente. Può utilizzare la nostra procedura per i reclami oppure quella per i ricorsi, a seconda del tipo di problema riscontrato.

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

Non ci sarà alcuna variazione ai Suoi servizi o al modo in cui viene trattato dal personale VNS Health MLTC o dagli operatori sanitari perché ha presentato un reclamo o un ricorso. Manterremo la Sua privacy. Le offriremo ogni aiuto necessario per presentare un reclamo o un ricorso. Ciò include i servizi di interpretariato o di assistenza nel caso sia ipovedente o ipoudente. Può scegliere qualcuno (ad esempio un familiare, un amico o un fornitore) che agisca in Sua vece.

Per presentare un reclamo chiami il numero: 1-888-867-6555 (TTY: 711) o scriva a:

VNS Health
Health Plans – Grievance & Appeals
PO Box 445
Elmsford, NY 10523

Quando ci contatta deve fornirci il Suo nome, indirizzo, numero di telefono e i dettagli del problema.

Cosa si intende per Reclamo?

Con il termine “reclamo” si intende ogni Sua comunicazione nei nostri confronti con la quale esprima insoddisfazione rispetto alle cure e al trattamento ricevuti dal nostro staff o dai fornitori dei servizi coperti. Ad esempio, se qualcuno si comporta con Lei in modo brusco oppure se Lei non si presenta o non si ritiene soddisfatto della qualità delle cure o dei servizi ricevuti, può presentare un reclamo nei nostri confronti.

Procedura di reclamo

Può presentare un reclamo verbale o scritto. La persona che riceve il Suo reclamo lo registrerà e il personale addetto supervisionerà l'esame del reclamo. Le invieremo una lettera segnalandoLe che abbiamo ricevuto il Suo reclamo e specificando una descrizione della nostra procedura di esame. Esamineremo il Suo reclamo e Le forniremo una risposta scritta entro uno dei seguenti intervalli temporali.

1. Se un ritardo aumentasse significativamente il rischio per la Sua salute, decideremo entro 48 ore dalla ricezione delle informazioni necessarie, ma la procedura dovrà essere completata entro 7 giorni dalla ricezione del reclamo.
2. Per tutti gli altri tipi di reclami, La informeremo della nostra decisione entro 45 giorni dalla ricezione delle informazioni necessarie, ma la procedura dovrà essere completata entro 60 giorni dalla ricezione del reclamo. Il periodo d'esame può essere prorogato fino a 14 giorni, qualora Lei

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)

Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

richiedesse maggiori informazioni, o noi ne avessimo bisogno, e la proroga fosse nel Suo interesse.

La nostra risposta descriverà le risultanze dell'esame del Suo reclamo e la nostra decisione riguardante tale reclamo.

Come faccio a ricorrere contro la decisione di un reclamo?

Se non fosse soddisfatto della nostra decisione sul Suo reclamo, può richiedere un secondo esame del Suo problema presentando un ricorso contro il reclamo. Il ricorso contro il reclamo deve essere presentato verbalmente o per iscritto. Dovrà essere presentato entro 60 giorni lavorativi dalla ricezione della nostra decisione iniziale sul Suo reclamo. Una volta ricevuto il ricorso, Le invieremo una conferma scritta entro 15 giorni lavorativi comunicandoLe il nome, l'indirizzo e il numero di telefono della persona che abbiamo designato per rispondere al Suo ricorso. Tutti i ricorsi contro i reclami verranno condotti da professionisti addetti, inclusi specialisti per i reclami relativi a problemi clinici, che non erano stati coinvolti nella decisione iniziale.

Per i ricorsi standard contro i reclami, prenderemo la decisione sul ricorso entro 30 giorni lavorativi dalla ricezione di tutte le informazioni necessarie per deliberare. Se un ritardo nella nostra decisione aumentasse in modo significativo i rischi per la Sua salute, utilizzeremo la procedura di ricorso rapido contro il reclamo. Per i ricorsi rapidi contro i reclami, prenderemo la nostra decisione sul ricorso entro 2 giorni lavorativi dalla ricezione delle informazioni necessarie. In entrambi i casi di ricorso (standard e rapido), Le invieremo una notifica scritta contenente la nostra decisione sul Suo ricorso contro un reclamo. La notifica includerà i motivi dettagliati della nostra decisione e, nei casi implicanti problemi clinici, la motivazione clinica alla base della nostra decisione.

Difensori civici dei Partecipanti

Il programma con difensori civici dei partecipanti, noto come ICAN (Independent Consumer Advocacy Network) è un'organizzazione indipendente che offre servizi civici gratuiti di difesa a soggetti sottoposti a cure a lungo termine all'interno dello Stato di New York. Può ricevere una consulenza indipendente e gratuita sulla copertura, sui reclami e sulle opzioni di ricorso. Questo può aiutarla a gestire il processo di ricorso. Può anche supportarla prima dell'iscrizione a un piano MLTC come VNS Health MLTC. Ad esempio, può usufruire di una consulenza imparziale sulla scelta del piano sanitario e informazioni generali sul piano; Contatti l'ICAN per maggiori informazioni sui servizi offerti:

- Telefono: 1-844-614-8800 (Relay per non udenti: 711)
- Web: www.icannys.org | Email: ican@cssny.org

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)

Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

Cancellazione dal piano VNS Health MLTC

L'iscrizione al Piano MLTC non verrà annullata per uno dei seguenti motivi:

- elevato utilizzo dei servizi medici coperti
- una condizione esistente o una variazione al Suo stato di salute
- ridotta capacità mentale o comportamento non collaborativo o distruttivo derivante da bisogni speciali, a meno che il comportamento non invalidi la sua idoneità a MLTC.

Cancellazione volontaria

Può chiedere di abbandonare il piano VNS Health MLTC in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo.

Per richiedere la cancellazione, chiami il numero 1-888-867-6555 oppure ci contatti per iscritto. Il piano Le darà conferma scritta della richiesta. Includeremo un modulo di cancellazione volontaria da firmare e rispedirci. L'elaborazione della richiesta potrebbe richiedere fino sei settimane, a seconda del momento in cui si riceve la richiesta. Può annullare l'iscrizione a Medicaid regolare o iscriversi a un altro piano sanitario purché risulti idoneo. Se continua a richiedere servizi CBLTSS come le cure della persona, per poterli ricevere dovrà aderire a un altro piano MLTC, al piano Medicaid Managed Care o al programma Home and Community Based Waiver.

Trasferimenti

Può provare il nostro piano per 90 giorni. In questo periodo può lasciare VNS Health MLTC e trasferirsi e iscriversi a un altro piano in qualsiasi momento. Se non lascia il piano entro i primi 90 giorni, dovrà rimanere in VNS Health MLTC per altri nove mesi, a meno che non abbia una buona ragione (giusta causa):

- il trasferimento al di fuori della nostra area di servizio.
- il consenso congiunto da parte dell'interessato, del piano e del Department of Social Services della contea o del Department of Health dello Stato di New York in merito all'abbandono di VNS Health MLTC.
- il Suo attuale fornitore di cure a domicilio non fa parte del nostro piano.
- Non siamo riusciti a fornirLe dei servizi in quanto tenuti a rispettare il nostro contratto con lo Stato.

In caso di idoneità è consentito passare a un altro piano di cure gestite a lungo termine come Medicaid Advantage Plus (MAP) o Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) in qualsiasi momento e senza giusta causa.

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)

Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

Per cambiare piano: Contatti New York Medicaid Choice al numero 1-888-401-6582. I consulenti di New York Medicaid Choice possono aiutarla a cambiare piano sanitario.

Per attivare l'iscrizione al nuovo piano potrebbero essere necessarie tra le due e le sei settimane. New York Medicaid Choice provvederà a informarla dell'avvenuta iscrizione al nuovo piano. Fino ad allora, VNS Health MLTC Le fornirà le cure di cui ha bisogno.

Contatti New York Medicaid Choice se i tempi tecnici di trasferimento rischiano di mettere a repentaglio la sua salute. Può inoltre richiedere un trasferimento urgente qualora abbia già notificato a New York Medicaid Choice la Sua volontà di non iscriversi a VNS Health MLTC.

Cancellazione non volontaria

La cancellazione non volontaria è una cancellazione avviata da VNS Health MLTC. Se non richiede la cancellazione volontaria, dovremo procedere alla cancellazione non volontaria entro cinque (5) giorni lavorativi dalla data in cui prendiamo atto che il Suo profilo rientra in uno dei motivi di cancellazione involontaria.

Dovrà lasciare VNS Health MLTC se:

- Non ha più diritto a Medicaid.
- Esce definitivamente dall'area di servizio di VNS Health MLTC.
- Si trova fuori dall'area coperta dal servizio per più di 30 giorni consecutivi.
- Ha bisogno di assistenza in una casa di cura ma non ha diritto a Medicaid istituzionale.
- Viene ricoverato in ospedale o inserito in un programma residenziale dell'Office of Mental Health, Office for People with Developmental Disability o dell'Office of Alcoholism and Substance Abuse Services per almeno quarantacinque (45) giorni consecutivi.
- Viene valutato come non più in necessità funzionale o clinica per ricevere (CBLTSS) su base mensile.
- Ha diritto solo a Medicaid e non soddisfa più il livello di assistenza della casa di cura determinato utilizzando lo strumento di valutazione designato.
- Usufruisce del Centro sociale diurno come unico servizio.
- Non necessita e non riceve più almeno un servizio CBLTSS per ciascun mese solare.
- Al momento di qualsiasi rivalutazione, se risiede nella Sua comunità, si determina che presenta più alcuna necessità funzionale o clinica per ricevere servizi CBLTSS.

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)

Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

- Viene incarcerato.
- Se fornisce al piano informazioni false o lo inganna in qualsiasi altro modo, oppure si comporta in modo fraudolento per quanto riguarda qualsiasi aspetto sostanziale della Sua iscrizione al piano.

Possiamo chiederLe di lasciare VNS Health MLTC se:

- oppure un familiare, un caregiver informale o un'altra persona del nucleo familiare adotta una condotta o un comportamento che compromette gravemente la capacità del piano di fornire servizi.
- non riesce a pagare o non si accorda per pagare l'importo determinato dal Local Department of Social Services dovuto al piano come spesa/eccedenza entro 30 giorni dalla prima scadenza. Ci siamo impegnati in modo ragionevole per la riscossione.

Prima di procedere alla cancellazione non volontaria, VNS Health MLTC otterrà l'approvazione di New York Medicaid Choice (NYMC) o di un ente designato dallo Stato. La data effettiva della cancellazione sarà il primo giorno del mese successivo a quello in cui risulta non idoneo all'iscrizione. Se continua ad aver bisogno dei servizi CBLTSS, Le verrà chiesto di scegliere un altro piano oppure verrà assegnato automaticamente (auto-assegnato) a un altro piano.

Competenza culturale e linguistica

VNS Health MLTC onora le Sue convinzioni ed è sensibile alla diversità culturale. Rispettiamo la Sua cultura e identità culturale e lavoriamo per eliminare le disparità culturali. Manteniamo una rete di fornitori inclusiva e culturalmente competente e promuoviamo e garantiamo la fornitura di servizi in modo culturalmente appropriato a tutti i membri. Ciò include, a titolo esemplificativo, coloro che hanno una conoscenza limitata dell'inglese, background culturali ed etnici diversi e confessioni diverse.

Diritti e responsabilità dei membri

VNS Health MLTC compirà ogni sforzo per garantire che tutti i membri siano trattati con dignità e rispetto. Al momento dell'iscrizione, il Suo gestore delle cure Le illustrerà i Suoi diritti e le Sue responsabilità. Se ha bisogno di servizi di interpretariato, il gestore delle cure li organizzerà. Il personale compirà ogni sforzo per assisterla nell'esercizio dei Suoi diritti.

Diritti dei membri

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

- Ha il diritto di ricevere le cure necessarie dal punto di vista medico.
- Ha il diritto di accedere tempestivamente a cure e servizi.
- Ha il diritto di vedere rispettata la privacy delle Sue informazioni mediche e mentre riceve un trattamento.
- Ha il diritto di ricevere informazioni sulle opzioni di trattamento e sulle alternative disponibili, presentate in un modo e in un linguaggio a Lei comprensibili.
- Ha il diritto di ricevere informazioni in una lingua a Lei comprensibile; pertanto può ottenere gratuitamente servizi di interpretariato.
- Ha il diritto di ricevere le informazioni necessarie per dare il consenso informato prima dell'inizio del trattamento.
- Ha il diritto di essere trattato con rispetto e dignità.
- Ha il diritto di ricevere una copia delle Sue informazioni mediche e di richiedere che tali informazioni vengano modificate o corrette.
- Ha il diritto di prendere parte alle decisioni che riguardano le Sue cure mediche, incluso il diritto di rifiutare il trattamento.
- Ha il diritto di non essere oggetto di alcuna forma di limitazione o isolamento utilizzati come mezzo di coercizione, punizione, convenienza o ritorsione.
- Ha il diritto di ricevere cure senza tener conto di sesso, razza, stato di salute, colore, età, origine nazionale, orientamento sessuale, stato civile o religione.
- Ha il diritto di essere informato su dove, quando e come ricevere i servizi di cui ha bisogno dal Suo piano di cura gestite a lungo termine, incluso il modo in cui può farsi coprire le prestazioni da fornitori non convenzionati con la rete nel caso in cui i servizi non siano disponibili nella rete del piano.
- Ha il diritto di presentare un reclamo al Department of Health dello Stato di New York o al Local Department of Social Services.
- Ha il diritto di ricorrere al Sistema di Udienza in contraddittorio dello Stato di New York e/o un ricorso esterno dello Stato di New York, ove appropriato.
- Ha il diritto di nominare qualcuno che parli in Sua vece in merito alle cure e ai trattamenti.
- Lei ha il diritto di richiedere assistenza da parte del programma con

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)

Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

difensori civili.

Responsabilità dei membri

- Ricevere servizi coperti tramite VNS Health MLTC.
- Utilizzare i fornitori convenzionati con VNS Health MLTC per i servizi coperti nella misura in cui i fornitori convenzionati sono disponibili.
- Ottenere l'autorizzazione preliminare per i servizi coperti, ad eccezione dei servizi coperti pre-approvati o in caso di emergenza; farsi visitare dal medico se si verifica una variazione al Suo stato di salute.
- Condividere informazioni sanitarie complete e accurate con gli operatori sanitari.
- Informare il personale VNS Health MLTC di eventuali variazioni al Suo stato di salute e far sapere se non comprende o non riesce a seguire le istruzioni.
- Seguire il piano di cura raccomandato dal personale VNS Health MLTC (con il Suo contributo).
- Collaborare ed essere rispettosi con il personale VNS Health MLTC e non discriminarlo a causa di razza, colore, nazionalità, religione, sesso, età, capacità mentale o fisica, orientamento sessuale o stato civile.
- Avvisare VNS Health MLTC entro due giorni lavorativi della ricezione di servizi non coperti o non pre-approvati.
- Avvisare in anticipo il team sanitario di VNS Health MLTC ogni volta che non sarà a casa per ricevere i servizi o le cure che sono stati organizzati per Lei.
- Informare VNS Health MLTC prima di uscire definitivamente dall'area di servizio o di qualsiasi assenza prolungata dall'area di servizio.
- Le Sue azioni, se rifiuta il trattamento o non segue le istruzioni del Suo caregiver.
- Adempiere ai propri obblighi finanziari.

Disposizioni anticipate

Sono dei documenti legali che assicurano il rispetto delle Sue richieste qualora non potesse più prendere decisioni in prima persona. Le Disposizioni anticipate possono presentarsi sotto forma di delega per l'assistenza sanitaria, testamento biologico oppure ordine di non rianimare. Questi documenti possono indicare quali cure desidera ricevere in determinate circostanze e/o possono autorizzare un particolare familiare o un amico a prendere decisioni per Suo conto.

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)

Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

È Suo diritto stilare le Disposizioni anticipate come desidera. È molto importante che documenti come vorrebbe che le Sue cure continuassero se non fosse più in grado di comunicare con i fornitori in modo informato a causa di malattia o infortunio. Contatti il Suo gestore delle cure per farsi assistere alla compilazione di questi documenti. Se è già in possesso di Disposizioni anticipate, ne condivida una copia con il Suo gestore delle cure.

Informazioni disponibili su richiesta

- Informazioni su struttura e operatività di VNS Health MLTC.
- Criteri specifici di revisione clinica relativi a una particolare condizione di salute e altre informazioni prese in considerazione da VNS Health MLTC per autorizzare i servizi.
- Politiche e procedure sulle informazioni sanitarie protette.
- Descrizione scritta delle disposizioni organizzative e delle procedure in corso del programma di garanzia della qualità e di miglioramento delle prestazioni.
- Politiche sulle credenziali dei fornitori.
- Una copia recente del bilancio certificato di VNS Health MLTC; politiche e procedure utilizzate da VNS Health MLTC per determinare l'idoneità di un fornitore.

Opzione di comunicazione elettronica

VNS Health MLTC e i nostri fornitori possono inviarLe notifiche relative ad autorizzazioni di servizio, ricorsi sui piani assicurativi, reclami e ricorsi contro i reclami in formato elettronico, anziché per telefono o posta. Possiamo anche inviare comunicazioni relative al manuale per gli iscritti, al nostro elenco fornitori e alle modifiche alle prestazioni di assistenza gestita da Medicaid in formato elettronico, anziché per posta.

Possiamo inviare queste comunicazioni via e-mail non appena disponibili sul portale. L'e-mail conterrà un link che indirizzerà al portale. Da lì, può accedere e visualizzare le Sue comunicazioni. Per utilizzare questa opzione, avrà bisogno di una connessione internet, di un browser web e di un indirizzo email.

Se desidera ricevere queste comunicazioni in formato elettronico, dovrà farne richiesta. Per richiedere le comunicazioni elettroniche, può contattarci telefonicamente, online o per posta:

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

Telefono..... 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Online memberdocs.vnshealthplans.org
Posta..... VNS Health
Health Plans – Electronic Notice
PO Box 18023
Hauppauge, NY 11788

Quando ci contatta, deve:

- Comunicarci come desidera ricevere le comunicazioni che normalmente vengono inviate per posta,
- Comunicarci come desidera ricevere le comunicazioni che normalmente avvengono al telefono, e
- Fornire i Suoi dati di contatto (numero di cellulare, indirizzo email, numero di fax, ecc.).

VNS Health MLTC La informerà per posta dell'avvenuta richiesta di ricevere le comunicazioni in formato elettronico.

Domande? Contatti il Team di assistenza: 1-888-867-6555 (TTY: 711)
Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17



Domande? Contatti il Team di assistenza

1-888-867-6555 (TTY: 711)

Da lunedì a venerdì, dalle 9 alle 17

vnshealthplans.org