



# VNS Health MLTC Manual para miembros



Revisado: marzo 2024

# Índice

|   |    |
|---|----|
| Le damos la bienvenida al plan de atención administrada a largo plazo VNS Health MLTC.....                          | 4  |
| Ayuda de su equipo de atención .....  | 4  |
| Elegibilidad para la inscripción en el plan MLTC .....  | 4  |
| Programa de asesor independiente de Nueva York, proceso de evaluación inicial.....                                  | 5  |
| Proceso de inscripción.....   | 6  |
| Rechazo de cobertura .....  | 8  |
| Tarjeta de identificación de miembro del plan .....   | 8  |
| Servicios cubiertos por el plan VNS Health MLTC .....   | 8  |
| Servicios de administración de la atención .....  | 8  |
| ¿Quién forma parte de mi equipo de atención? .....  | 9  |
| Asistencia fuera del horario de atención .....  | 10 |
| Servicios adicionales cubiertos .....   | 10 |
| Limitaciones .....  | 15 |
| Cómo obtener atención fuera del área de servicio.....   | 16 |
| Servicio de emergencia.....   | 16 |
| Procedimientos de atención de transición .....  | 16 |
| Money Follows the Person (MFP)/Open Doors .....   | 17 |
| Servicios de Medicaid no cubiertos por nuestro plan .....   | 17 |
| Servicios de transporte médico que no sea de emergencia .....   | 18 |
| Farmacia .....  | 18 |
| Ciertos servicios de salud mental, incluidos los siguientes:.....   | 18 |
| Ciertos servicios para personas con discapacidades del desarrollo e intelectuales, que incluyen lo siguiente: ..... | 18 |
| Otros servicios de Medicaid: .....  | 19 |
| Servicios que no están cubiertos por VNS Health MLTC ni Medicaid .....  | 19 |
| Autorizaciones de servicio, acciones y apelaciones de acciones.....   | 19 |
| Autorización previa.....  | 20 |
| Revisión simultánea .....   | 21 |
| ¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)<br>Lunes – viernes, 9 am – 5 pm          |    |

|  |    |
|--|----|
| Revisión retrospectiva.....  | 21 |
| ¿Qué sucede después de que obtenemos su solicitud de autorización de servicio? .....                       | 21 |
| Plazos para las solicitudes de autorización previa .....   | 22 |
| Plazos para las solicitudes de revisión simultáneas.....   | 22 |
| ¿Qué es una acción? .....  | 23 |
| Tiempo de entrega de un Aviso de acción.....   | 23 |
| Contenido de un Aviso de acción.....   | 23 |
| ¿Cómo presento una apelación por una acción? .....   | 24 |
| ¿Cómo me comunico con mi plan para presentar una apelación? .....  | 25 |
| Para algunas acciones podría solicitar la continuidad del servicio durante el proceso de apelación .....   | 25 |
| ¿Cuánto tiempo le llevará al plan tomar una decisión sobre mi apelación por una acción? .....              | 25 |
| Proceso de apelación rápida.....   | 26 |
| ¿Qué puedo hacer si el plan rechaza mi apelación? .....  | 26 |
| Audiencias imparciales estatales .....   | 27 |
| Apelaciones externas estatales .....   | 28 |
| Quejas y apelaciones de quejas.....  | 29 |
| ¿Qué es una queja?.....  | 30 |
| El proceso de quejas.....  | 30 |
| ¿Cómo apelo una decisión de una queja? .....   | 30 |
| Defensor de los participantes.....   | 31 |
| Cancelación de la inscripción en el plan VNS Health MLTC .....   | 31 |
| Cancelación voluntaria .....   | 32 |
| Transferencias .....   | 32 |
| Cancelación involuntaria .....   | 33 |
| Deberá abandonar VNS Health MLTC en las siguientes situaciones .....                                       | 33 |
| Podemos pedirle que abandone VNS Health MLTC por los siguientes motivos .....                              | 34 |
| Competencia cultural y lingüística .....   | 34 |
| Derechos y responsabilidades del miembro.....  | 34 |
| ¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)<br>Lunes – viernes, 9 am – 5 pm |    |

|   |    |
|---|----|
| Derechos de los miembros .....                  | 35 |
| Responsabilidades del miembro .....             | 36 |
| Instrucciones anticipadas .....                 | 36 |
| Información disponible mediante solicitud ..... | 37 |

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

## **Le damos la bienvenida al plan de atención administrada a largo plazo VNS Health MLTC**

Le damos la bienvenida al plan (de atención administrada a largo plazo) VNS Health MLTC. El plan MLTC está diseñado especialmente para personas que tienen Medicaid y que necesitan servicios y asistencia de atención a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS) y médicos, como atención en el hogar y atención personal para permanecer en sus hogares y comunidades el mayor tiempo posible.

Este manual le brinda información sobre los beneficios agregados que VNS Health MLTC cubre desde que usted se inscribe en el plan. También le indica cómo solicitar un servicio, presentar una queja o cancelar su inscripción en el programa VNS Health MLTC. Guarde este manual como referencia. Incluye información importante sobre VNS Health MLTC y las ventajas de nuestro plan. Necesita este manual para saber qué servicios tienen cobertura y qué debe hacer para obtenerlos.

### **Ayuda de su equipo de atención**

Puede llamarnos en cualquier momento, las 24 horas del día, los siete días de la semana, al número de Servicios al Miembro que se indica abajo.

Una persona de su Equipo de atención podrá ayudarle:  
1-888-867-6555 (TTY: 711)

Puede obtener información importante sobre el programa en el idioma que mejor comprenda. Llámenos si necesita este documento en otro idioma u otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Puede obtener esta información de manera gratuita.

### **Elegibilidad para la inscripción en el plan MLTC**

El plan MLTC es para las personas que tienen Medicaid. Es elegible para unirse al plan MLTC si cumple con todos estos requisitos:

- 1) Es mayor de **18** años.
- 2) Reside en el área de servicio del plan, que incluye Albany, Bronx, Columbia, Delaware, Dutchess, Erie, Fulton, Genesee, Greene, Herkimer, Kings (Brooklyn), Madison, Monroe, Montgomery, Nassau, New York (Manhattan), Niagara, Oneida, Onondaga, Orange, Orleans, Otsego, Putnam, Queens, Rensselaer, Richmond (Staten Island), Rockland, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Suffolk, Sullivan, Ulster, Warren,

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

Washington, Westchester y Wyoming.

- 3) Tiene Medicaid.
- 4) Tiene Medicaid únicamente o tiene entre 18 y 20 años, y tiene tanto Medicaid como Medicare y es elegible para el nivel de atención en un hogar de convalecencia.
- 5) Es capaz, al momento de la inscripción, de volver o permanecer en su hogar o comunidad sin poner en peligro su salud y seguridad.
- 6) Se espera que necesite al menos uno de los siguientes servicios y asistencia de atención a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS) cubiertos por el plan MLTC durante un período continuo de más de 120 días desde la fecha de su inscripción:
  - a. Servicios de enfermería en el hogar.
  - b. Terapias en el hogar.
  - c. Servicios de asistente de atención médica a domicilio.
  - d. Servicios de cuidado personal en el hogar.
  - e. Atención médica de día para adultos.
  - f. Servicios privados de enfermería.
  - g. Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor.

La cobertura que se explica en este manual tiene vigencia en la fecha de su inscripción en el plan VNS Health MLTC. La inscripción en el plan MLTC es voluntaria.

### **Programa de asesor independiente de Nueva York, proceso de evaluación inicial**

**Desde el 16 de mayo de 2022**, el Centro de Evaluación e Inscripción Libre de Conflicto (CFEEC) se conoce como el Programa de evaluador independiente de Nueva York (NYIAP). El NYIAP administrará el proceso de evaluación inicial. Comenzará la evaluación inicial acelerada en una fecha posterior. El proceso de evaluación inicial incluye completar lo siguiente:

- **Evaluación de salud comunitaria (CHA):** La CHA se utiliza para determinar si necesita servicios de atención personal (PCS) o servicios de asistencia personal dirigida (CDPAS) y si es elegible para inscribirse en un plan de Cuidado de salud administrado a largo plazo.
- **Cita clínica y pedido del profesional (PO):** El PO documenta su cita clínica e indica todo lo siguiente:
  - Necesita ayuda con las actividades de la vida diaria.

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

- Su afección médica es estable, por lo que puede recibir PCS o CDPAS en su hogar.

El NYIAP programará la cita clínica y la CHA. Un enfermero matriculado capacitado (RN) completará la CHA. Luego de esta evaluación, un médico clínico del NYIAP concertará una cita clínica y hará un PO unos días más tarde.

VNS Health MLTC usará los resultados de la CHA y el PO para determinar qué tipo de ayuda necesita y diseñar su plan de atención. Si en su plan de atención se proponen PCS o CDPAS que excedan un promedio de 12 horas por día, se necesitará una revisión individual del Panel de Revisión Independiente (IRP) del NYIAP. El IRP es un panel de médicos profesionales que revisará su CHA, PO, plan de atención y cualquier otra documentación médica. Si se necesita más información, una persona del panel lo examinará o hablará sobre sus necesidades con usted. El IRP le informará a VNS Health MLTC si el plan de atención cubre sus necesidades.

Una vez que el NYIAP complete los pasos de la evaluación inicial y determine que usted es elegible para el cuidado de salud administrado a largo plazo de Medicaid, puede elegir en qué plan de Cuidado de salud administrado a largo plazo inscribirse.

### **Proceso de inscripción**

Un miembro del equipo de atención le ayudará a programar una cita con la persona inscrita en su hogar a la hora que le resulte más conveniente. La enfermera que realiza la evaluación utilizará la Evaluación de salud comunitaria del NYIAP junto con esta consulta para desarrollar un Plan de servicios centrado en la persona (PCSP) inicial. Algunas evaluaciones se pueden realizar a través de telesalud si no es posible una consulta en persona.

El personal de enfermería que realiza la evaluación le pedirá a la persona inscrita que firme una Autorización para la divulgación de información de salud (un formulario del Departamento de Salud del Estado de Nueva York) de conformidad con las regulaciones de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Esto permitirá que el plan obtenga información y comentarios de médicos y otros proveedores de atención médica. Esta información nos brindará detalles importantes sobre las necesidades de salud de la persona inscrita para que podamos brindarle los servicios que mejor se adapten a sus necesidades. Protegeremos la información de salud confidencial de la persona inscrita en la medida que la ley

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

lo permita. Durante la evaluación, se revisarán las instrucciones anticipadas con la persona inscrita. Las instrucciones anticipadas indican qué decisiones médicas tomar si la persona inscrita no puede hacerlo. Las personas inscritas también pueden nombrar a alguien para que hable en nombre de ellas (llamado agente). Creemos que las instrucciones anticipadas son importantes para garantizar que las decisiones de atención médica reflejen los verdaderos deseos de la persona inscrita.

La evaluación completa puede requerir más de una consulta domiciliaria o de telesalud para completarse. Durante estas consultas, la enfermera hablará con la persona inscrita y su familia sobre el programa para asegurarse de que todos comprendan cómo funciona el plan. Se proporcionarán este Manual para miembros y el Directorio de proveedores, y se revisarán las políticas y procedimientos del plan.

La enfermera que realiza la evaluación y el administrador de atención también trabajarán con la persona inscrita, su familia y los profesionales de atención médica para desarrollar un PCSP que satisfaga sus necesidades y tenga en cuenta su cultura y sus creencias lo máximo posible. El PCSP se enviará por correo a la persona inscrita e incluirá los servicios que recibirá una vez que sea miembro de VNS Health MLTC durante el período descrito en el plan. Se le pedirá a la persona inscrita que firme y devuelva una copia al plan. Si su condición cambia, el equipo de atención trabajará con ellos y su proveedor de atención primaria (PCP) para modificar el PCSP para continuar satisfaciendo sus necesidades de atención a largo plazo.

La inscripción en VNS Health MLTC es voluntaria. El personal de enfermería que realiza la evaluación le pedirá a la persona inscrita que firme un acuerdo de inscripción. Si después de firmar el acuerdo de inscripción, decide no inscribirse en el programa, la persona inscrita puede retirar su solicitud antes del mediodía del día 20 del mes previo a la fecha en que la inscripción adquiera vigencia. La persona inscrita debe llamarnos o contactarnos por escrito. Le enviaremos un acuse de recibo por escrito confirmando su retiro.

Medicaid debe verificar la elegibilidad de Medicaid de una persona inscrita antes de la inscripción en VNS Health MLTC. Después de que firme el acuerdo de inscripción, enviaremos su información a New York Medicaid Choice. La inscripción es oficial cuando la confirme New York Medicaid Choice. En la mayoría de los casos, se convertirá en miembro de VNS Health MLTC el primer día del mes posterior al que se firme el acuerdo de inscripción. Confirmaremos la fecha efectiva de inscripción por teléfono, por lo general, unos días antes de

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

que comience la membresía del plan. Su administrador de la atención se asegurará de que reciba todos los servicios que se describen en su PCSP.

### **Rechazo de cobertura**

Además de no cumplir con los criterios enumerados en **Elegibilidad para la inscripción en el Plan MLTC**, se le rechazará la inscripción en el plan en los siguientes casos:

- Actualmente, recibe atención en un hospital o un centro residencial que es operado por la Oficina Estatal de Salud Mental, la Oficina de Servicios por Alcoholismo y Abuso de Sustancias o la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD). Tenga en cuenta que es posible que se acepte una solicitud para inscribirse en VNS Health MLTC, pero su inscripción iniciará solo cuando se le da de alta a su hogar en la comunidad.
- Está inscrito en otro programa de atención médica supervisada de Medicaid, un programa de tratamiento de día que patrocina la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo, o bien, un programa de un centro para enfermos terminales. Si finaliza su participación en estos programas, puede ser tenido en cuenta para inscribirse en el plan.
- Cancelaron su inscripción del plan **de manera involuntaria** en el pasado, y la situación que motivó la cancelación de su inscripción no se ha resuelto.

### **Tarjeta de identificación de miembro del plan**

Recibirá la tarjeta de identificación de VNS Health MLTC dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vigencia de su inscripción. Verifique que la información de la tarjeta sea correcta. Le recomendamos que la guarde con su tarjeta de Medicaid para que la tenga a mano cuando la necesite. Si pierde o le roban la tarjeta, comuníquese con su Equipo de atención o solicite una de reemplazo a través de su cuenta en línea, <http://vnshealthplans.org/account>. También puede descargar una tarjeta de identificación temporal desde su cuenta en línea.

### **Servicios cubiertos por el plan VNS Health MLTC**

#### **Servicios de administración de la atención**

Como miembro de nuestro plan, usted obtendrá servicios de administración de

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

la atención. Nuestro plan le brindará un administrador de la atención que es un profesional de atención médica (generalmente un enfermero o asistente social). Su administrador de atención trabajará con usted y su médico para decidir los servicios que necesita y desarrollar un plan de servicios centrados en la persona (PCSP). Su administrador de atención también concertará citas para los servicios que usted necesita y coordinará el transporte hacia dichos servicios.

## ¿Quién forma parte de mi equipo de atención?

- **Personal de enfermería que realiza la evaluación:** Es la primera persona con la que se reúne al inscribirse. Esta persona irá a su hogar cada 12 meses para hablar con usted y garantizar que sus necesidades de atención médica estén cubiertas y compartirá esa información con su administrador de la atención.
- **Administrador de la atención:** Su administrador de la atención es el “capitán” de su equipo de atención. Esta persona:
  - Es enfermera matriculada o trabajador social autorizado y coordina todo lo que involucra su PCSP.
  - Tiene experiencia en el cuidado de personas con necesidades de atención a largo plazo.
  - Garantiza que todos sus servicios de atención médica y atención a largo plazo estén coordinados con todos sus profesionales de atención médica.
  - Coordina para que reciba los servicios que no están cubiertos por VNS Health MLTC, pero que sí paga Medicare, Medicaid u otro seguro.

### **Su administrador de la atención:**

- ✓ Hablará con usted con respecto a sus necesidades y preferencias.
- ✓ Trabajaré con usted para desarrollar un PCSP que satisfaga sus necesidades.
- ✓ Coordinará con sus demás profesionales de atención médica (por ejemplo, médicos de atención primaria, especialistas, trabajadores sociales y terapeutas) para garantizar que reciba los servicios que necesita.
- ✓ Coordinará todo lo relacionado con su PCSP.
  - El PCSP se actualiza periódicamente, según una evaluación integral de sus necesidades de salud y ante un cambio en su condición. Usted

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

tiene un papel importante en este proceso. Si cree que necesita un servicio que está cubierto por el plan, pero que no está en su PCSP, hable con su administrador de atención.

- **Trabajador social:** El trabajador social puede proporcionar guía y apoyo con respecto a inquietudes que podrían afectar su bienestar. Puede ayudarlo a comunicarse con beneficios públicos, recursos basados en la comunidad y servicios de apoyo. Haga saber a su administrador de la atención si desea hablar con un trabajador social.

Su equipo de atención está a solo una llamada telefónica cuando necesite servicios, desee solicitar algún cambio en su PCSP o si tiene algún problema. Están disponibles para ayudar.

### **Asistencia fuera del horario de atención**

Si necesita ayuda fuera del horario de atención o durante el fin de semana o un día festivo, una de las enfermeras registradas de nuestra unidad especial de servicio fuera del horario de atención lo ayudará. Llame a su equipo de atención; lo remitirán automáticamente a una enfermera en la unidad de atención fuera del horario de atención.

Estos enfermeros especialmente capacitados responderán a sus preguntas sobre su afección médica. Si consideran que su afección es una emergencia, se asegurarán de que obtenga la ayuda que necesita lo más pronto posible. También pueden remitirlo a un hospital, comunicarse con su médico y su administrador de la atención, y dar seguimiento si hay algún problema con un proveedor o servicio en el hogar.

### **Servicios adicionales cubiertos**

Dado que usted tiene Medicaid y cumple con los requisitos para MLTC, nuestro plan hará los arreglos y pagará los servicios médicos y sociales adicionales que se describen a continuación. Puede recibir estos servicios siempre que sean médicamente necesarios; es decir, que sean necesarios para prevenir o tratar su enfermedad o discapacidad. Su administrador de atención ayudará a identificar los servicios y los proveedores que necesite. En algunos casos, podría necesitar una remisión o una orden del médico para obtener estos servicios. Debe obtener estos servicios de los proveedores que se encuentren en la red de servicios de VNS Health MLTC. Si no encuentra un proveedor en nuestro plan, cubriremos los servicios que reciba de proveedores que no forman parte de la red del plan en las siguientes situaciones:

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

- Si necesita atención médica que Medicaid requiere que el plan cubra y los proveedores de la red del plan no pueden proporcionarla, debe obtener una autorización previa del plan antes de recibir atención de un proveedor fuera de la red.
- Si es un miembro nuevo y recibe servicio de atención a largo plazo de Medicaid. Continuaremos cubriendo estos servicios de un proveedor fuera de la red durante al menos 90 días después de la inscripción.
- **Rehabilitación para pacientes ambulatorios**
  - **Fisioterapia:** cubre la evaluación y el tratamiento para lesiones y enfermedades que pueden cambiar su capacidad para funcionar o para mantener la función actual o retrasar la disminución, cuando su médico u otro proveedor de atención médica certifican que la necesita. Puede requerirse autorización previa.
  - **Terapia ocupacional:** cubre la evaluación y el tratamiento para ayudarlo a realizar las actividades diarias (como vestirse o bañarse) para mantener las capacidades actuales o retrasar la disminución cuando su médico u otro proveedor de atención médica certifican que la necesita. Puede requerirse autorización previa.
  - **Terapia ocupacional:** cubre la evaluación y el tratamiento para recuperar y fortalecer las habilidades del habla y del lenguaje, incluidas las habilidades cognitivas y de ingestión, para mantener la función actual o retrasar la disminución cuando su médico u otro proveedor de atención médica certifican que la necesita. Puede requerirse autorización previa.
- **Atención personal** (como asistencia para bañarse, alimentarse, vestirse, usar el baño y caminar): coordinaremos la prestación de atención personal para ayudarlo con actividades tales como higiene personal, vestimenta y alimentación, y apoyo en el entorno hogareño. Los servicios de atención personalizada deben ser médicamente necesarios. Se requiere autorización previa.
- **Servicios de atención médica a domicilio no cubiertos por Medicare** que incluyen enfermería, asistente de atención médica en el hogar, terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla. Coordinamos la prestación de servicios de atención a domicilio, incluida la atención de enfermeros, asistentes sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y terapeutas del habla. Estos servicios son proporcionados para ayudar a mantener, rehabilitar, guiar o brindar apoyo a su salud. El personal brinda estos servicios según su PCSP y todos los servicios se brindan en su hogar. Se

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

requiere autorización previa.

- **Nutrición:** podemos brindar servicios de nutrición de un dietista registrado que evaluará sus necesidades nutricionales y hará las recomendaciones para garantizar que su dieta sea consistente con sus necesidades médicas y personales. Se requiere autorización previa.
- **Servicios médicos y sociales:** evaluación, organización y prestación de asistencia médicamente necesarias por problemas sociales relacionados con mantener a una persona en su hogar. Se requiere autorización previa.
- **Comidas a domicilio o comidas en un entorno grupal, como asistencia diurna:** podemos entregarle comidas a domicilio o en lugares de congregación según su plan de atención. Por lo general se proveen una o dos comidas por día a los individuos que no son capaces de prepararse la comida por sí mismos y a quienes no pueden acceder a servicios de cuidados personalizados para que los asistan con la preparación de sus alimentos. Se requiere autorización previa.
- **Asistencia social diurna:** la asistencia social diurna es un programa estructurado que le brinda oportunidades de socialización, atención personal y nutrición en un entorno de protección. Usted también puede recibir servicios tales como mejoras en su capacidad para desenvolverse en la vida diaria, transporte y asistencia por parte de un cuidador. En caso de estar interesado, su administrador de atención puede hacer los arreglos necesarios para que asista a un centro social diurno. Se requiere autorización previa.
- **Servicios de enfermería privada:** enfermeros matriculados o auxiliares de enfermería autorizados le brindan servicios privados de enfermería continuos en su hogar. Puede requerirse autorización previa.
- **Atención dental:** puede recibir **servicios de atención dental preventiva y básica** de cualquier dentista que esté incluido en su Directorio de proveedores sin autorización previa. No necesita una autorización para consultar a su dentista dentro de la red de servicios para un chequeo dos veces al año y para los servicios dentales básicos. Cubrimos coronas y tratamientos de conducto en determinadas circunstancias para que pueda conservar más dientes naturales. Además, para realizarse dentaduras postizas e implantes de reemplazo solo deberá contar con una recomendación de su dentista para determinar si son necesarios. Si necesita

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

un servicio dental más complejo, será necesario obtener autorización previa. Su dentista obtendrá estas autorizaciones por usted. Podemos ayudarle a elegir a un dentista o programar una cita.

- **Apoyo social y ambiental** (como servicios de tareas domésticas, modificaciones del hogar o relevo): en el caso de que los necesite, podemos brindarle servicios y artículos de soporte social y ambiental que respaldan sus necesidades médicas y están incluidos en su plan de atención. Estos insumos y servicios incluyen, sin limitación alguna, lo siguiente: tareas de mantenimiento en el hogar, servicios de ama de casa/quehaceres domésticos, control de plagas, modificaciones en el hogar para mejorar su seguridad y cuidados paliativos. Se requiere autorización previa.
- **Sistema de respuesta ante emergencias personales:** PERS es un dispositivo electrónico que permite a los miembros recibir ayuda en caso de tener una emergencia (incluida una emergencia física, emocional o ambiental). Dichos sistemas generalmente están conectados al teléfono del miembro y emiten una señal a un centro de respuesta cuando se activa un botón de “ayuda”. En caso de una emergencia, nuestro centro de respuesta contratado recibe la señal y responde de manera apropiada. Se requiere autorización previa.
- **Atención médica diurna para adultos:** podemos hacer los arreglos para que reciba atención médica de día para adultos en un centro de atención médica residencial o lugar aprobado por el estado que esté supervisado por un médico. Los servicios proporcionados como atención médica diurna para adultos incluyen servicios médicos, de enfermería, alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades para tiempo de ocio, dentales, farmacéuticos y otros servicios. No puede estar confinado en su hogar y requiere ciertos servicios preventivos o terapéuticos para poder asistir a un centro de atención médica diurna para adultos. Se requiere autorización previa.
- **Atención en un hogar de convalecencia no cubierto por Medicare (siempre y cuando sea elegible para Medicaid institucional):** si bien hacemos lo mejor para satisfacer sus necesidades en el hogar, podría haber ocasiones en las que sería más apropiado que reciba atención en un hogar de convalecencia. La admisión en uno de nuestros hogares de convalecencia participantes es individual. La decisión de recibir atención en un hogar de convalecencia debe ser tomada por usted, su médico, su familia y su administrador de atención. Existen dos tipos de estancias en hogares

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

de convalecencia. Son estancias de corto plazo o de rehabilitación después de una hospitalización y estancias de largo plazo para atención continua. No se requiere hospitalización previa.

- **Audiología/Audífonos:** se cubren los servicios y productos auditivos de Medicaid cuando son médicamente necesarios para aliviar una discapacidad causada por la pérdida o el deterioro de la audición. Los servicios incluyen selección, ajuste y suministro de audífonos, controles de audífonos después del suministro, evaluaciones de conformidad y reparaciones de audífonos, servicios de audiología, incluidos exámenes y pruebas, evaluaciones y recetas de audífonos, y productos auditivos, incluidos audífonos, moldes auditivos, ajustes especiales y piezas de reemplazo. Se requiere autorización previa.
- **Equipamiento médico duradero (DME):** Medicaid cubre el equipamiento médico duradero, incluidos dispositivos y demás equipos diferentes de los suministros de prótesis o dispositivos ortésicos, que tienen las siguientes características: pueden resistir el uso repetido por un período extendido, son utilizados principal y habitualmente con fines médicos, no son útiles en general para una persona que no padece enfermedad o lesiones, y están generalmente adaptados, diseñados o hechos a medida para el uso por parte de un individuo en particular. Los DME deben ser solicitados por un médico habilitado. Los suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas enterales/parenterales y suplementos, y baterías para audífonos deben ser solicitados por un médico habilitado. Puede requerirse autorización previa para determinados artículos.
- **Suministros médicos:** artículos para uso médico que no sean medicamentos, aparatos ortésicos y protésicos, equipo médico duradero o calzado ortopédico que fueron indicados por un médico en el tratamiento de una afección médica específica y que suelen ser: consumibles, de un solo uso, desechables, para un propósito específico en lugar de secundario y generalmente no tienen valor rescatable. Se requiere autorización previa.
- **Prótesis y aparatos ortopédicos:** las prótesis son aparatos y dispositivos que reemplazan una parte que falte del cuerpo. Los aparatos ortopédicos son aparatos y dispositivos que se utilizan para sostener, alinear, prevenir o corregir la función de una parte móvil del cuerpo. Se requiere autorización previa.

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

- **Optometría/Anteojos:** la optometría incluye los servicios de un optometrista y un dispensador oftálmico. Puede recibir un examen de la vista de rutina sin aprobación previa cada año de parte de un proveedor de la vista que esté incluido en el Directorio de proveedores. Puede requerirse autorización previa para determinados servicios.
- **Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (CDPAS):** es un modelo de atención en el hogar autodirigido disponible para los consumidores elegibles para Medicaid que tienen una enfermedad crónica o una discapacidad física y necesitan servicios de atención en el hogar. Los consumidores que necesitan atención personal, auxiliar de atención médica a domicilio o servicios de enfermería especializada podrían recibir estos servicios de un asistente de atención personal dirigida por el consumidor bajo la dirección de la persona inscrita o un representante designado por la persona inscrita. Su administrador de atención puede ayudar a determinar el nivel de asistencia con los servicios de atención personalizada, servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio o servicios de enfermería especializada que usted es elegible para recibir. Para averiguar más acerca de CDPAS y determinar si es correcto para usted, hable con su administrador de la atención. Se requiere autorización previa.
- **Podología:** diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies. Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. Se requiere autorización previa.
- **Terapia respiratoria:** atención preventiva y tratamiento de trastornos cardíacos y pulmonares. Se requiere autorización previa.

### Limitaciones

Las fórmulas enterales y los suplementos nutricionales están limitados a personas que no pueden obtener nutrición a través de otros medios y a las siguientes condiciones:

1. Personas alimentadas por sonda que no pueden masticar ni tragar alimentos y deben obtener la nutrición a través de fórmula vía sonda
2. Personas con trastornos metabólicos congénitos poco frecuentes que requieren de fórmulas médicas para aportar los nutrientes esenciales no disponibles a través de otro modo
3. Bajo ciertas condiciones, los adultos con VIH, SIDA o enfermedades relacionadas con el VIH, u otra enfermedad o condición, pueden ser

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

elegibles para recibir nutrición oral adicional

La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias de metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos incluirá productos modificados de alimentos sólidos con bajo contenido de proteínas o con proteínas modificadas.

La atención en un hogar de convalecencia está cubierta para personas que están de forma permanente durante, al menos, tres meses. Después de ese período, la atención en el hogar de convalecencia puede estar cubierta a través de Medicaid regular y su inscripción en VNS Health MLTC se cancelará.

### **Cómo obtener atención fuera del área de servicio**

Debe informar a su administrador de atención cuando viaja fuera de su área de cobertura. Si necesita servicios fuera de su área de cobertura, debe contactar al administrador de atención para que lo ayude a organizar los servicios.

### **Servicio de emergencia**

Un servicio de emergencia implica la aparición repentina de una afección que representa una amenaza grave para su salud. Para emergencias médicas, llame al 911. Como se indicó anteriormente, no se necesita autorización previa para el servicio de emergencia. Sin embargo, debe notificar a VNS Health MLTC dentro de las 24 horas de la emergencia. Es posible que necesite servicios de atención a largo plazo que solo se pueden proporcionar a través de VNS Health MLTC.

Si está hospitalizado, un familiar u otro cuidador debe comunicarse con VNS Health MLTC dentro de las 24 horas del ingreso. Su administrador de atención suspenderá sus servicios de atención en el hogar y cancelará otras citas, según sea necesario. Asegúrese de notificar a su médico de atención primaria o al planificador de altas del hospital para que se comunique con VNS Health MLTC para que podamos trabajar con él para planificar su atención después del alta del hospital.

### **Procedimientos de atención de transición**

Los nuevos miembros en VNS Health MLTC pueden seguir con un tratamiento continuo por un período de transición de hasta 60 días desde la inscripción con un proveedor de atención médica que no pertenece a la red de servicios si el proveedor acepta el pago a la tasa del plan, acepta el control de calidad y otras políticas de VNS Health MLTC, y brinda información médica sobre la atención del plan.

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

Si su proveedor abandona la red de servicios, se puede seguir con un tratamiento continuo por un período de transición de hasta 90 días si el proveedor acepta el pago a la tasa del plan, acepta el control de calidad del plan y otras políticas, y brinda información médica sobre la atención al plan.

### **Money Follows the Person (MFP)/Open Doors**

Esta sección explicará los servicios y apoyos que están disponibles a través de **Money Follows the Person (MFP)/Open Doors**. MFP/Open Doors es un programa que puede ayudarlo a mudarse de un hogar de convalecencia de regreso a su hogar o residencia en la comunidad. Puede acceder a MFP/Open Doors si cumple con estos requisitos:

- Ha vivido en un centro de atención residencial por tres meses o más.
- Tiene necesidades médicas que se pueden satisfacer mediante servicios en su comunidad.

MFP/Open Doors cuenta con personas, denominadas Especialistas y pares en la transición, que pueden reunirse con usted en el hogar de convalecencia y hablar sobre su regreso a la comunidad. Los Especialistas y pares en la transición no son lo mismo que los Administradores de atención y los planificadores del alta. Podrían ayudarlo de las siguientes maneras:

- Brindándole información sobre servicios y apoyos en la comunidad.
- Encontrando servicios ofrecidos en la comunidad para ayudarlo a ser independiente.
- Visitándole o llamándole después de que se mude para asegurarse de que tenga lo que necesita en su hogar.

Para obtener más información sobre MFP/Open Doors, o para programar una visita de un Especialista o par en la transición, llame a la Asociación de la Vida Independiente de Nueva York al 1-844-545-7108, o envíe un correo electrónico a [mfp@health.ny.gov](mailto:mfp@health.ny.gov). También puede visitar MFP/Open Doors por internet en [www.health.ny.gov/mfp](http://www.health.ny.gov/mfp) o [www.ilny.org](http://www.ilny.org).

### **Servicios de Medicaid no cubiertos por nuestro plan**

Existen algunos servicios de Medicaid que VNS Health MLTC no cubre, pero Medicaid regular puede cubrir. Puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid usando su tarjeta de beneficios de Medicaid. Llame a su equipo de atención al 1-888-867-6555 (TTY: 711) si tiene una

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

pregunta sobre si un beneficio está cubierto por VNS Health MLTC o Medicaid. Algunos de estos servicios cubiertos por Medicaid mediante el uso de su tarjeta de beneficios de Medicaid incluyen lo siguiente:

### **Servicios de transporte médico que no sea de emergencia**

Este servicio será coordinado por el Agente de Transporte Estatal del Departamento de Salud del estado de Nueva York, conocido como Medical Answering Services (MAS).

Para coordinar el transporte médico que no sea de emergencia, usted o su proveedor deben comunicarse con MAS al <https://www.medanswering.com/> o llamar al 844-666-6270 (zona sur) o 866-932-7740 (zona norte), lunes – viernes, 7 am – 6 pm. Si es posible, usted o su proveedor médico deben comunicarse con MAS al menos tres días antes de la cita médica y proporcionar los detalles de la cita (fecha, hora, dirección y nombre del proveedor) y su número de identificación de Medicaid.

Para conocer más sobre estos servicios, consulte el sitio web del Departamento de Transporte de Salud:

[www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/members/medtrans\\_overview.htm](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/members/medtrans_overview.htm).

### **Farmacia**

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

### **Ciertos servicios de salud mental, incluidos los siguientes:**

- Tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica.
- Tratamiento diurno.
- Gestión de casos psiquiátricos serios y persistentes grado III (patrocinado por las unidades de salud mental locales y estatales).
- Atención hospitalaria parcial no cubierta por Medicare.
- Servicios de rehabilitación para aquellos en hogares comunitarios o tratamiento basado en la familia.
- Tratamiento diurno continuo.
- Tratamiento asertivo comunitario.
- Servicios orientados a la recuperación personalizada.

### **Ciertos servicios para personas con discapacidades del desarrollo e intelectuales, que incluyen lo siguiente:**

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

- Terapias a largo plazo.
- Tratamiento diurno.
- Coordinación de servicios de Medicaid.
- Servicios recibidos conforme a Exención de los servicios basados en el hogar y la comunidad.

#### **Otros servicios de Medicaid:**

- Tratamiento con metadona.
- Terapia de observación directa para la tuberculosis.
- Administración de casos de VIH de COBRA.
- Planificación familiar.
- Ciertos medicamentos necesarios que mejoran la ovulación, cuando se cumplen los criterios.

#### **Servicios que no están cubiertos por VNS Health MLTC ni Medicaid**

Debe pagar los servicios que no estén cubiertos por VNS Health MLTC ni Medicaid si su proveedor le informa por adelantado que estos servicios no están cubiertos Y usted acepta pagarlos. Ejemplos de servicios que no están cubiertos por VNS Health MLTC ni Medicaid:

- Cirugía estética si no es médicamente necesaria.
- Artículos personales y para la comodidad.
- Servicios de un proveedor que no es parte del plan (a menos que VNS Health MLTC lo envíe a ese proveedor).

Si tiene alguna pregunta, llame a su equipo de atención al número que aparece debajo.

#### **Autorizaciones de servicio, acciones y apelaciones de acciones**

Solicitar la aprobación de un tratamiento o un servicio se denomina **solicitud de autorización de un servicio**. Para enviar una solicitud de autorización de servicio, usted o su proveedor deben llamar a nuestro número gratuito al 1-888-867-6555 o enviar su solicitud por escrito a:

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

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
 Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

Autorizaremos los servicios en un monto determinado y para un período específico. Esto se denomina **período de autorización**.

### **Autorización previa**

Para algunos servicios se exige **autorización previa** (aprobación de antemano) de VNS Health MLTC antes de que los reciba o con el fin de seguir recibiendo. Usted o una persona de su confianza pueden solicitarla.

Usted, su representante designado o su proveedor pueden obtener las solicitudes de servicios cubiertos adicionales o nuevos a través de su equipo de atención. Las solicitudes se pueden hacer de manera verbal o escrita. En algunos casos, podría necesitar una remisión o una orden del médico para obtener estos servicios. Su Equipo de atención le ayudará a obtener la autorización para los servicios cubiertos que requieren autorización previa y cualquier documentación solicitada, si es necesario. Se deben autorizar los siguientes tratamientos y servicios **antes** de recibirlos:

- Cuidado personal.
- Servicios de atención médica a domicilio.
- Nutrición.
- Servicios médico-sociales.
- Comidas a domicilio o comidas en un entorno grupal, como en un centro de atención diurno.
- Atención social diurna.
- Servicios privados de enfermería.
- Apoyo social/ambiental.
- Sistema personal de respuesta de emergencia (PERS).
- Atención médica diurna para adultos.
- Atención en un hogar de convalecencia no cubierta por Medicare.
- Audiología.
- Equipos médicos duraderos (DME).
- Suministros médicos.
- Prótesis y aparatos ortopédicos.
- Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (CDPAS).
- Podología.
- Terapia respiratoria.

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

## **Revisión simultánea**

También puede solicitar a VNS Health MLTC obtener más de un servicio de lo que recibe actualmente. Esto se denomina **revisión simultánea**.

## **Revisión retrospectiva**

Algunas veces, realizaremos una revisión sobre la atención médica que está recibiendo para corroborar si aún la necesita. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya haya recibido. Esto se denomina revisión retrospectiva. Le informaremos si realizamos estas revisiones.

## **¿Qué sucede después de que obtenemos su solicitud de autorización de servicio?**

El plan cuenta con un equipo de revisión para garantizar que obtenga los servicios que le prometemos. Los médicos y el personal de enfermería se encuentran en el equipo de revisión. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o el servicio que solicitó sean médicamente necesarios y correctos para usted. Esto lo hacen al controlar su plan de tratamiento según normas médicas establecidas.

Podemos decidir rechazar toda Solicitud de autorización de un servicio o aprobarla por un monto inferior al solicitado. Un profesional de atención médica calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión será tomada por un colega revisor clínico, que puede ser un médico, un enfermero o un profesional de atención médica que generalmente brinda la atención de salud que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica**, usados para tomar la decisión de medidas relacionadas con la necesidad médica.

Después de que obtenemos su solicitud, la revisaremos conforme al proceso de seguimiento **rápido** o **estándar**. Usted o su médico pueden solicitar una revisión de seguimiento rápido si se considera que un retraso causaría un daño grave a su salud. Si se rechaza su solicitud de revisión de seguimiento rápido, se lo informaremos y su solicitud pasará por el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido lo requiera su afección médica, pero no posterior a lo indicado a continuación.

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

## **Plazos para las solicitudes de autorización previa**

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión sobre su solicitud dentro de los 3 días hábiles a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero tendrá noticias nuestras antes de los 14 días posteriores a que recibamos su solicitud. Le informaremos a los 14 días si necesitamos más información.
- **Revisión de seguimiento rápido:** Tomaremos una decisión y nos comunicaremos con usted en un plazo de 72 horas. Le informaremos dentro de las 72 horas si necesitamos más información.

## **Plazos para las solicitudes de revisión simultáneas**

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión en el plazo de 1 día hábil a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero nos comunicaremos con usted antes de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Revisión de seguimiento rápido:** Tomaremos una decisión en el plazo de 1 día hábil a partir del momento en que tengamos toda la información necesaria. Nos comunicaremos con usted en el plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Le informaremos en el plazo de 1 día hábil si necesitamos más información.

**Si necesitamos más información para tomar la decisión de seguimiento rápido o estándar sobre su solicitud de servicio, los plazos antes mencionados pueden extenderse hasta 14 días. A este fin, procederemos de la siguiente manera:**

- Le escribiremos para solicitarle la información que necesitamos. Si su solución se encuentra en una revisión de seguimiento rápido, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos un aviso por escrito posteriormente.
- Le informaremos el motivo por el que le conviene el retraso.
- Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria sin superar los 14 días desde el día en que le solicitamos más información.

Usted, su proveedor o una persona de su confianza también pueden

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

solicitarnos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ocurrir en caso de que tenga más información para brindar a fin de contribuir en la decisión de su caso. Puede hacerlo llamando al 1-888-867-6555 (TTY: 711) o por escrito.

Usted o una persona en la que confía pueden presentar una queja con el plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su solicitud. Usted o una persona de su confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

**Si ACEPTAMOS su solicitud de manera total o parcial**, autorizaremos el servicio o le daremos el artículo que solicitó.

**Si RECHAZAMOS su solicitud de manera total o parcial**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Consulte **¿Cómo presento una apelación por una acción?** que explica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

### **¿Qué es una acción?**

Se consideran “acciones” del plan cuando VNS Health MLTC rechaza o limita los servicios que solicitan usted o su proveedor; niega una solicitud de remisión; decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; limita, reduce, suspende o termina los servicios que ya autorizamos; niega el pago de servicios; no provee servicios a tiempo; o no realiza determinaciones de quejas o apelaciones dentro de los plazos requeridos. Una acción está sujeta a apelación. (Consulte **¿Cómo presento una apelación por una acción? más adelante para obtener más información**).

### **Tiempo de entrega de un Aviso de acción**

Si decidimos negar o limitar los servicios que solicitó, o decidimos no pagar todo o parte de un servicio cubierto, le enviaremos un aviso cuando tomemos nuestra decisión. Si proponemos limitar, reducir, suspender o cancelar un servicio que está autorizado, nuestra carta se enviará por lo menos 10 días antes de la fecha en que tenemos la intención de cambiar el servicio.

### **Contenido de un Aviso de acción**

Cualquier aviso que le enviemos acerca de una acción hará todo lo siguiente:

- Explicará la acción que hemos tomado o que pensamos tomar.
- Le dirá las razones de la acción, incluida la justificación clínica si la hubiere.
- Describirá su derecho a presentar una apelación ante nosotros (y si

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

puede tener también el derecho al proceso de apelación externa del estado).

- Describirá la forma en que puede presentar una apelación interna y las circunstancias bajo las cuales puede solicitar que se acelere (expedite) nuestra revisión de su apelación interna.
- Describirá la disponibilidad de los criterios de análisis clínico en que se basa la toma de decisiones, si la acción involucraba cuestiones de necesidad médica o si el tratamiento o servicio en cuestión era experimental o de investigación.
- Describirá qué información, si corresponde, deberá ser provista por usted o su proveedor para que podamos emitir una decisión sobre su apelación.

El aviso también le informará sobre su derecho a una apelación y a una audiencia estatal imparcial:

- Explicará la diferencia entre una apelación y una audiencia imparcial.
- Indicará que debe presentar una apelación antes de solicitar una audiencia imparcial.
- Explicará cómo solicitar una apelación.

Si reducimos, suspendemos o cancelamos un servicio autorizado, el aviso también informará sobre sus derechos para que los servicios continúen mientras se decide la apelación. Para que sus servicios continúen, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días siguientes a la fecha del aviso o la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción propuesta, lo que ocurra más tarde.

### **¿Cómo presento una apelación por una acción?**

Si no está de acuerdo con la acción que hemos realizado, puede realizar una apelación. Cuando presenta una apelación, significa que debemos revisar nuevamente las razones de nuestra acción para decidir si estábamos en lo correcto. Puede presentar una apelación por una acción del plan de forma oral o escrita. Cuando el plan le envía una carta sobre una acción que esté tomando (como denegar o limitar servicios; o no pagar por los servicios), deberá presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha en nuestro aviso. Si reducimos, suspendemos o cancelamos un servicio autorizado y desea que sus servicios se mantengan mientras se decide su apelación, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días siguientes a la fecha del aviso o la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción propuesta, lo que ocurra más tarde.

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

## **¿Cómo me comunico con mi plan para presentar una apelación?**

Puede llamarnos al 1-888-867-6555 (TTY: 711) o escribirnos a:

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

La persona que reciba su apelación la registrará y el personal apropiado del plan supervisará su revisión. Le enviaremos un aviso informándole que recibimos su apelación y cómo la manejaremos. Su apelación será revisada por personal clínico experto, que no ha estado involucrado en la decisión inicial o acción del plan que usted está apelando.

### **Para algunas acciones podría solicitar la continuidad del servicio durante el proceso de apelación**

Si apela una limitación, reducción, suspensión o cancelación de servicios que actualmente está autorizado para recibir, debe solicitar una apelación al plan para que estos servicios continúen mientras se decide la apelación. Debemos continuar con su servicio si solicita una apelación al plan en un plazo máximo de 10 días a partir de la fecha que figura en el aviso acerca de la limitación, reducción, suspensión o cancelación de los servicios, o de la fecha de vigencia prevista de la acción propuesta, lo que ocurra más tarde. Para saber cómo solicitar una apelación del plan y solicitar ayuda para continuar, consulte “**¿Cómo presento una apelación por una acción?**” arriba.

Aunque puede solicitar una continuación de los servicios, si la decisión de la audiencia del plan no se resuelve a su favor, es posible que le solicitemos que pague por estos servicios si se le proporcionaban solo porque solicitó continuar recibéndolos mientras se revisaba su caso.

### **¿Cuánto tiempo le llevará al plan tomar una decisión sobre mi apelación por una acción?**

A menos que su apelación sea rápida, procesaremos la apelación de la acción tomada por nosotros como una apelación estándar. Le enviaremos una decisión por escrito tan pronto como su afección médica lo requiere, pero a más tardar 30 días a partir de la fecha en que recibimos la apelación. (El periodo de revisión puede extenderse hasta 14 días si solicita una extensión o si necesitamos más información y el retraso es para su beneficio). Durante nuestra revisión usted podrá presentar su caso en persona y por escrito. También le enviaremos sus registros que forman parte de la revisión de la

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

apelación.

Le enviaremos una notificación sobre la decisión que hemos tomado sobre su apelación en donde se identificarán la decisión tomada y la fecha en que se tomó.

Si revertimos nuestra decisión de denegar o limitar los servicios solicitados, o de limitar, reducir, suspender o cancelar los servicios, y los servicios no se prestaron mientras su apelación estaba pendiente, le proporcionaremos los servicios en disputa tan pronto como la afección de su salud lo requiera. En algunos casos, puede solicitar una apelación “rápida”. (Consulte la sección **“Proceso de apelación rápida”** a continuación).

### **Proceso de apelación rápida**

Siempre aceleraremos nuestra revisión si la apelación está relacionada con la solicitud de más de un servicio que ya está recibiendo. Si usted o su proveedor piensan que tomarse el tiempo para una apelación estándar podría resultar en un problema serio para su salud o poner en riesgo su vida, pueden solicitar una revisión rápida de la apelación de la acción. Le responderemos con nuestra decisión dentro de los 2 días hábiles posteriores a que recibamos toda la información necesaria. En ningún caso, el tiempo para emitir nuestra decisión será mayor a las 72 horas a partir de la recepción de su apelación. (El periodo de revisión puede extenderse hasta 14 días si solicita una extensión o si necesitamos más información y el retraso es para su beneficio).

Si no estamos de acuerdo con su solicitud para acelerar su apelación, haremos nuestro mejor esfuerzo por comunicarnos con usted en persona para hacerle saber que hemos denegado su solicitud de una apelación rápida y lo manejaremos como un proceso de apelación estándar. Además, le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión de rechazar su solicitud de una apelación rápida en un plazo de 2 días después de recibir su solicitud.

### **¿Qué puedo hacer si el plan rechaza mi apelación?**

Si nuestra decisión sobre su apelación no es del todo a su favor, el aviso que recibe explicará su derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid del Estado de Nueva York y cómo obtener una audiencia imparcial, quién puede presentarse en la audiencia imparcial en su nombre y, en algunas apelaciones, su derecho a solicitar y recibir los servicios mientras está pendiente la audiencia y cómo hacer dicha solicitud.

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

**Nota: Debe solicitar una audiencia imparcial en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha que figura en el Aviso de determinación adversa final.**

Si denegamos su apelación por cuestiones de necesidad médica o porque el servicio en cuestión era experimental o de investigación, el aviso también explicará cómo solicitar al estado de Nueva York una “apelación externa” de nuestra decisión.

### **Audiencias imparciales estatales**

Si rechazamos la apelación de su plan o no proporcionamos un Aviso de determinación adversa final dentro de los plazos indicados en “**¿Cuánto tiempo le llevará al plan tomar una decisión sobre mi apelación por una acción?**” arriba, puede solicitar una audiencia imparcial al estado de Nueva York. La decisión de la audiencia imparcial puede anular nuestra decisión. Debe solicitar una audiencia imparcial en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha en que le enviamos el Aviso de determinación adversa final.

Si reducimos, suspendemos o cancelamos un servicio autorizado y desea asegurarse de que estos servicios continúen en espera de la audiencia imparcial, debe realizar su solicitud de audiencia imparcial dentro de los 10 días siguientes a la fecha del Aviso de determinación adversa final.

Sus beneficios continuarán hasta que retire la audiencia imparcial o hasta que el Oficial de Audiencia Imparcial estatal emita una decisión sobre la audiencia que no sea a su favor, lo que suceda primero.

Si el Oficial de Audiencia imparcial estatal revierte nuestra decisión, debemos asegurarnos de que reciba los servicios en disputa con prontitud y tan pronto como su salud lo requiera. Si recibió los servicios en cuestión mientras la apelación estaba pendiente, seremos responsables del pago de los servicios cubiertos que ordenó el Oficial de Audiencia imparcial.

Aunque puede solicitar que continuemos brindando los servicios mientras esperamos la decisión de la audiencia imparcial, si esta no se decide a su favor, usted podría ser responsable de pagar por los servicios que fueron objeto de la audiencia imparcial.

Puede presentar una audiencia imparcial estatal comunicándose con la Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidad (OTDA):

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

- Formulario de solicitud en línea: [otda.ny.gov/hearings/request](http://otda.ny.gov/hearings/request)
- Envíe por correo un formulario de solicitud imprimible:
 

NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
Managed Care Hearing Unit  
P.O. Box 22023  
Albany, New York 12201-2023
- Envíe por fax un formulario de solicitud imprimible: (518) 473-6735
- Solicítela por teléfono:
 

Línea para audiencias imparciales estándares: 1 (800) 342-3334  
Línea para audiencias imparciales de emergencia: 1 (800) 205-0110  
Línea TTY: 711 (solicite que el operador llame al 1 (877) 502-6155)
- Solicitud en persona:
 

|                             |                                   |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| <b>Ciudad de Nueva York</b> | <b>Albany</b>                     |
| 14 Boerum Place, 1st Floor  | 40 North Pearl Street, 15th Floor |
| Brooklyn, New York 11201    | Albany, New York 12243            |

Para mayor información sobre cómo solicitar una audiencia imparcial, visite: [otda.ny.gov/hearings/request](http://otda.ny.gov/hearings/request)

### **Apelaciones externas estatales**

Si denegamos su apelación debido a que determinamos que el servicio no es médicamente necesario o es experimental o de investigación, podría solicitar una apelación externa del estado de Nueva York. La apelación externa estará a cargo de revisores que no trabajan para nosotros ni para el estado de Nueva York. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el estado de Nueva York. Usted no tendrá que pagar por la apelación externa.

Cuando tomamos una decisión de negar una apelación por falta de necesidad médica o sobre la base de que el servicio es experimental o de investigación, le proporcionaremos información sobre cómo presentar una apelación externa, lo cual incluye un formulario para presentar una apelación externa junto con nuestra decisión de denegar una apelación. Si desea una apelación externa, debe presentar un formulario al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York en un plazo de cuatro meses a partir de la fecha en que negamos su apelación.

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

La decisión de su apelación externa se tomará en 30 días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta 5 días hábiles) si el revisor de apelaciones externas solicita más información. El revisor le informará a usted y a nosotros la decisión final dentro de los dos días hábiles posteriores a haberse tomado la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico puede decir que el atraso causará un daño grave a su salud. Esto se denomina apelación externa rápida. El revisor de la apelación externa decidirá sobre una apelación rápida en menos de 72 horas. El revisor le informará a usted y a nosotros la decisión de inmediato por teléfono o por fax. Después, recibirá una carta con la decisión.

Puede solicitar una audiencia imparcial y una apelación externa. Si solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión del Oficial de Audiencias Imparciales será la que cuente.

### **Quejas y apelaciones de quejas**

VNS Health MLTC hará su mayor esfuerzo para tratar sus preocupaciones o problemas tan rápido como sea posible y de forma satisfactoria. Puede utilizar nuestro proceso de quejas, así como también nuestro proceso de apelaciones, dependiendo del tipo de problema que tenga.

No habrá cambios en sus servicios ni en la forma en que lo tratan el personal de VNS Health MLTC ni los proveedores de atención médica porque presente una queja o una apelación. Mantendremos su privacidad. Le proporcionaremos la ayuda que necesite para presentar una queja o apelación. Esto incluye proporcionarle servicios de interpretación o ayuda si tiene problemas de la vista o audición. Puede elegir a alguien más (como un familiar, un amigo o un proveedor) para que lo represente.

Para presentar una queja, llame: 1-888-867-6555 (TTY: 711) o escriba:

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

Cuando se comunique con nosotros, tendrá que proporcionar su nombre, dirección, número de teléfono y los detalles del problema.

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

## **¿Qué es una queja?**

Una queja es cualquier comunicación en la que nos comunica su insatisfacción sobre la atención y el tratamiento que recibe de nuestro personal o los proveedores de los servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien se portó grosero con usted, no se presentó, o no le gusta la calidad de la atención o los servicios que recibió de nosotros, puede presentar una queja.

## **El proceso de quejas.**

Puede presentar una queja de forma oral o escrita. La persona que recibe su queja la registrará y el personal del plan apropiado supervisará su revisión. Le enviaremos una carta para indicarle que recibimos su queja y una descripción de nuestro proceso de revisión. Revisaremos su queja y le daremos una respuesta por escrito en un plazo de uno o dos períodos de tiempo.

1. Si un retraso aumentara significativamente el riesgo de su salud, tomaremos una decisión en un plazo de 48 horas después de recibir toda la información necesaria, pero el proceso debe completarse dentro de los 7 días a partir de la recepción de la queja.
2. Para todos los demás tipos de queja, le informaremos nuestra decisión en un plazo de 45 días a partir de la recepción de la información necesaria, pero el proceso debe completarse dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la queja. El periodo de revisión puede extenderse hasta 14 días si lo solicita o si necesitamos más información y el retraso es para su beneficio.

Nuestra respuesta describirá lo encontrado al revisar su queja y nuestra decisión sobre su queja.

## **¿Cómo apelo una decisión de una queja?**

Si no está satisfecho con la decisión que tomamos con respecto a su queja, puede solicitar una segunda revisión por medio de presentar una apelación de la queja. La apelación de la queja debe presentarse de forma oral o por escrito. Esta deberá ser presentada dentro de los 60 días hábiles a partir de la recepción de nuestra decisión inicial sobre su reclamo. Una vez recibida su apelación, le enviaremos un acuse de recibo por escrito, dentro de los 15 días hábiles, donde le informaremos el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona designada para responder a su apelación. Todas las apelaciones de quejas estarán a cargo de profesionales adecuados, incluidos profesionales de atención médica para quejas relacionadas con cuestiones clínicas, que no participaron en la decisión de la queja inicial.

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

Para apelaciones de quejas estándar, tomaremos una decisión con respecto a la apelación dentro de los 30 días hábiles a partir de la recepción de la información necesaria para tomar una decisión. Si existe la posibilidad de que la demora en la toma de nuestra decisión aumente significativamente el riesgo para su salud, utilizaremos el proceso de apelación de quejas rápido. Para el proceso de apelaciones de quejas rápido, tomaremos una decisión con respecto a la apelación dentro de los 2 días hábiles a partir de la recepción de la información necesaria. Tanto para las apelaciones de quejas estándares como para las rápidas, le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión de la apelación de queja. El aviso incluirá las razones detalladas de nuestra decisión y, en casos relacionados con cuestiones clínicas, la justificación clínica para nuestra decisión.

### **Defensor de los participantes**

El defensor de los participantes, llamado Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN), es una organización independiente que brinda servicios de defensa gratuitos a los beneficiarios de atención a largo plazo del estado de Nueva York. Usted puede obtener asesoramiento gratuito e independiente sobre sus opciones de cobertura, quejas y apelaciones. Pueden ayudarle a gestionar el proceso de apelación. También puede proporcionar apoyo previo a la inscripción en un plan MLTC como VNS Health MLTC. Este apoyo incluye asesoramiento imparcial respecto de la elección del plan de atención e información general relacionada con el plan. Comuníquese con la ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

- Teléfono: 1-844-614-8800 (Servicio de retransmisión de TTY: 711)
- Sitio web: [www.icannys.org](http://www.icannys.org) | Correo electrónico: [ican@cssny.org](mailto:ican@cssny.org)

### **Cancelación de la inscripción en el plan VNS Health MLTC**

No se le dará de baja del plan MLTC por ninguno de los siguientes motivos:

- Uso frecuente de los servicios médicos cubiertos.
- Una afección existente o un cambio en su salud.
- Disminución de la capacidad mental o comportamiento poco cooperativo o disruptivo como resultado de sus necesidades especiales, a menos que el comportamiento resulte en que usted no sea elegible para MLTC.

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

## **Cancelación voluntaria**

Puede solicitar dejar el plan VNS Health MLTC en cualquier momento y por cualquier motivo.

Para solicitar la baja, llame al 1-888-867-655 o escríbanos. El plan le proporcionará una confirmación por escrito de su solicitud. Incluiremos un formulario de baja voluntaria para que usted lo firme y nos lo envíe. El procesamiento podría tardar hasta seis semanas en función de cuándo se reciba su solicitud. Puede cancelar su inscripción en Medicaid regular o inscribirse en otro plan de salud siempre y cuando cumpla con los requisitos. Si continúa necesitando CBLTSS, como atención personal, debe inscribirse en otro plan MLTC, a un plan de atención administrada de Medicaid o a un programa de exención para el hogar y la comunidad para recibir CBLTSS.

## **Transferencias**

Puede probar nuestro plan durante 90 días. Puede dejar VNS Health MLTC y transferirse y unirse a otro plan en cualquier momento durante ese tiempo. Si no se marcha en los primeros 90 días, deberá permanecer en VNS Health MLTC durante nueve meses más, a menos que tenga un motivo válido (una buena causa):

- Se muda fuera del área de servicio.
- Usted, su plan y el Departamento de Servicios Sociales de su condado o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York están de acuerdo en que dejar VNS Health MLTC es lo mejor para usted.
- Su proveedor de atención domiciliaria actual deja de trabajar con nuestro plan.
- No hemos podido brindarle los servicios que nos exige nuestro contrato con el estado.

Si reúne los requisitos, puede cambiar a otro tipo de plan de atención administrada a largo plazo como Medicaid Advantage Plus (MAP) o a los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE) en cualquier momento sin una buena causa.

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

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

La inscripción en un nuevo plan podría tardar entre dos y seis semanas en activarse. Recibirá un aviso de New York Medicaid Choice informándole la fecha en que quedará inscrito en el nuevo plan. VNS Health MLTC le brindará la atención que necesite hasta entonces.

Llame a New York Medicaid Choice si necesita solicitar una acción más rápida porque el tiempo que lleva transferir los planes será perjudicial para su salud. También puede solicitarles una acción más rápida si le ha informado a New York Medicaid Choice que no aceptó inscribirse en VNS Health MLTC.

### **Cancelación involuntaria**

Una cancelación involuntaria es una baja iniciada por VNS Health MLTC. Si no solicita la baja voluntaria, debemos iniciarla dentro de los cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que sepamos que cumple con cualquiera de los motivos de la cancelación involuntaria.

### **Deberá abandonar VNS Health MLTC en las siguientes situaciones:**

- Ya no es elegible para Medicaid.
- Se muda de forma permanente fuera del área de servicio de VNS Health MLTC.
- Se encuentra fuera del área de servicio del plan durante más de 30 días consecutivos.
- Necesita atención en un hogar de convalecencia, pero no es elegible para Medicaid institucional.
- Es hospitalizado o ingresado en un programa residencial de la Oficina de Salud Mental, la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo o la Oficina de Servicios por Alcoholismo y Abuso de Sustancias durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más.
- Se evalúa que ya no tiene una necesidad funcional o clínica para recibir CBLTSS.
- Tiene solo Medicaid y ya no cumple con el nivel de atención de un hogar de convalecencia según lo determinado mediante la herramienta de evaluación designada.
- El único servicio que recibe es la Asistencia Social Diurna.
- Ya no requiere ni recibe al menos un CBLTSS en cada mes calendario.
- Al momento de una nueva evaluación mientras vive en la comunidad, se determina que usted ya no tiene que demostrar una necesidad funcional o clínica para recibir CBLTSS.

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

- Está en prisión.
- Proporciona al plan información falsa, engaña o tiene conductas fraudulentas con respecto a cualquier aspecto sustancial de su membresía en el plan.

### **Podemos pedirle que abandone VNS Health MLTC por los siguientes motivos:**

- Usted, un familiar o un cuidador informal u otra persona en la familia está involucrado en conductas o comportamientos que afectan gravemente la capacidad del plan para proporcionarle servicios.
- No paga o no hace los arreglos para pagar el monto, según lo determinado por el Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS), que se adeuda al plan como responsabilidad económica/excedente dentro de los 30 días posteriores a la primera fecha de vencimiento del monto. Habremos hecho un esfuerzo razonable por cobrarlo.

Antes de cancelar la inscripción de forma involuntaria, VNS Health MLTC obtendrá la aprobación de New York Medicaid Choice (NYMC) o la entidad designada por el estado. La fecha efectiva de desafiliación será el primer día del mes siguiente al mes en el que usted deja de ser elegible para la inscripción. Si continúa necesitando los CBLTSS, se le pedirá que elija otro plan o se lo asignará automáticamente (autoasignación) a otro plan.

### **Competencia cultural y lingüística**

VNS Health MLTC respeta sus creencias y es sensible a la diversidad cultural. Respetamos su cultura y su identidad cultural, y trabajamos para eliminar las disparidades culturales. Mantenemos una red de proveedores culturalmente competentes e incluimos y garantizamos la prestación de los servicios de una manera adecuada a toda la comunidad inscrita. Esto incluye, entre otros, aquellos con habilidades limitadas del inglés, diversos antecedentes culturales y étnicos, y diversas comunidades religiosas.

### **Derechos y responsabilidades del miembro**

VNS Health MLTC hará todo lo posible para garantizar que todos los miembros sean tratados con dignidad y respeto. En el momento de la inscripción, su administrador de atención le explicará sus derechos y responsabilidades. Si necesita servicios de interpretación, su administrador de atención se encargará de ello. El personal todo lo necesario para ayudarle a ejercer sus derechos.

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

## **Derechos de los miembros**

- Tiene derecho a recibir atención médicamente necesaria.
- Tiene derecho a obtener acceso oportuno a la atención y los servicios.
- Tiene derecho a que se mantenga la privacidad de sus registros médicos y de cuándo recibe tratamiento.
- Tiene derecho a recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentada en una forma y un idioma que usted comprenda.
- Tiene derecho a recibir información en un idioma que comprenda; puede recibir servicios de interpretación sin cargo.
- Tiene derecho a recibir la información necesaria para dar su consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento.
- Tiene derecho a que se lo trate con respeto y dignidad.
- Tiene derecho a obtener una copia de sus registros médicos y a solicitar que dichos registros sean enmendados o corregidos.
- Tiene derecho a participar en la toma de decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Tiene derecho a estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión que se utilice como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tiene derecho a recibir atención sin importar su sexo, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión.
- Tiene derecho a que le digan dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de su plan de atención administrada a largo plazo, incluido cómo obtener beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red si estos no están disponibles en la red del plan.
- Tiene derecho a quejarse ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York o con su Departamento de Servicios Sociales local.
- Tiene derecho a utilizar el Sistema de Audiencias Imparciales del Estado de Nueva York y/o una Apelación Externa del Estado de Nueva York, cuando corresponda.
- Tiene derecho a designar a alguien para que lo represente en cuanto a su atención y tratamiento.
- Tiene derecho a buscar ayuda de un programa de defensoría del

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

participante.

## **Responsabilidades del miembro**

- Recibir servicios cubiertos a través de VNS Health MLTC.
- Utilizar proveedores de la red de servicios de VNS Health MLTC para los servicios cubiertos en la medida en que los proveedores de la red estén disponibles.
- Obtener una autorización previa para los servicios cubiertos, excepto para los servicios cubiertos previamente aprobados o en caso de emergencia. Ser visto por su médico, si se produce un cambio en su estado de salud.
- Compartir información de salud completa y precisa con sus proveedores de atención médica.
- Informar al personal de VNS Health MLTC sobre cualquier cambio en su salud y hacerle saber si no entiende o no puede seguir las instrucciones.
- Después del plan de atención recomendada por el personal de VNS Health MLTC (con sus aportes).
- Colaborar y ser respetuoso con el personal de VNS Health MLTC y no discriminar al personal de VNS Health MLTC debido a motivos relacionados con la raza, color, nacionalidad, religión, sexo, edad, capacidad física o mental, orientación sexual o estado civil.
- Notificar a VNS Health MLTC dentro de los dos días hábiles después de recibir servicios no cubiertos o no aprobados.
- Notificar a su equipo de atención médica de VNS Health MLTC con anticipación cada vez que no reciba servicios o atención que se haya acordado para usted.
- Informar a VNS Health MLTC antes de mudarse fuera del área de servicio de manera permanente o de cualquier ausencia prolongada del área de servicio.
- Sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de su cuidador.
- Cumplir con sus obligaciones financieras.

## **Instrucciones anticipadas**

Las instrucciones anticipadas son documentos legales que aseguran que sus solicitudes se cumplan en caso de que no pueda tomar decisiones por sí mismo. Pueden venir en forma de un poder para asuntos médicos, un

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

testamento de vida o una orden de no resucitar. Estos documentos pueden instruir qué atención desea recibir en determinadas circunstancias o pueden autorizar a un familiar o amigo en particular a tomar decisiones en su nombre.

Es su derecho hacer instrucciones anticipadas como prefiera. Es muy importante que documente cómo le gustaría que continuara su atención si ya no puede comunicarse con los proveedores de manera informada debido a una enfermedad o lesión. Comuníquese con su administrador de atención para obtener ayuda para completar estos documentos. Si usted ya tiene instrucciones anticipadas, comparta una copia con su administrador de atención.

### **Información disponible mediante solicitud**

- Información sobre la estructura y el funcionamiento de VNS Health MLTC.
- Criterios clínicos de revisión específicos relacionados con una afección médica particular y otra información que VNS Health MLTC tenga en cuenta al autorizar los servicios.
- Políticas y procedimientos de información de salud protegida.
- Descripción escrita de los acuerdos organizacionales y procedimientos vigentes del programa de control y mejora del rendimiento de la calidad.
- Políticas de acreditación de proveedores.
- Una copia reciente del estado financiero certificado de VNS Health MLTC; políticas y procedimientos utilizados por VNS Health MLTC para determinar la elegibilidad de un proveedor.

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

## Notas

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

## Notas

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm

## Notas

¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención. 1-888-867-6555 (TTY: 711)  
Lunes – viernes, 9 am – 5 pm



**¿Tiene preguntas? Llame a su equipo de atención**

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

lunes – viernes, 9 am – 5 pm

[vnshealthplans.org](https://vnshealthplans.org)