



Modelo del manual de Medicaid Advantage Plus

BIENVENIDO AL PROGRAMA INTEGRA SYNERGY MEDICAID ADVANTAGE PLUS (MAP) (HMO SNP)

Bienvenido al programa Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). El programa Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) está diseñado especialmente para aquellos que tienen Medicare y Medicaid y quienes necesitan atención y servicios de cuidado a largo plazo, como atención domiciliaria y cuidado personal, para permanecer en sus hogares y comunidades durante el mayor tiempo posible.

Este manual le informa sobre los beneficios nuevos cubiertos por Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) desde su inscripción en el programa Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). También le indica cómo solicitar un servicio, presentar una queja o cancelar su inscripción en el programa Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). Los beneficios descritos en este manual son aparte de los beneficios de Medicare mencionados en la Evidencia de Cobertura de Medicare de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). Guarde este manual junto con la Evidencia de Cobertura de Medicare de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). Necesita ambos para conocer los servicios cubiertos y la forma de acceder a estos.

OBTENGA AYUDA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

Puede llamarnos en cualquier momento al Servicio de Atención al Cliente al número que aparece a continuación.

Encontrará ayuda en el Servicio de Atención al Cliente:

Todos los días, del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

De lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Llame al (877) 388-5195; para TTY, llame al 711.

Si necesita ayuda en otro momento, llame al (877) 388-5195.

Integra proporciona lo siguiente: Ayuda y servicios gratuitos para las personas con discapacidades para ayudarle a comunicarse con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos), y servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) al (877) 388-5195. Para TTY, llamar al 711.

ELEGIBILIDAD PARA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA INTEGRA SYNERGY MEDICAID ADVANTAGE PLUS (MAP) (HMO SNP)

Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) es un programa para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. Usted califica para inscribirse en el programa Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) si también está inscrito en Integra Synergy (HMO SNP) para la cobertura de Medicare y si cumple con lo siguiente:

- 1) Es mayor de **18** años.
- 2) Reside en el área de servicio del plan, es decir, los condados de Bronx, Kings, New York, Queens y Nassau.
- 3) Tiene Medicaid.
- 4) Tiene evidencias de cobertura de la Parte A y B de Medicare.
- 5) Califica para un nivel de atención en un hogar de ancianos (al momento de la inscripción) según el Sistema de Evaluación Uniforme (UAS).
- 6) En el momento de la inscripción, puede volver o quedarse en su hogar y en su comunidad sin poner en riesgo su salud o seguridad.
- 7) Se espera que necesite al menos uno de los siguientes Servicios de Atención a Largo Plazo basados en la Comunidad (CBLTCS) cubiertos por el plan Medicaid Advantage Plus durante más de 120 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción:
 - a. Servicios de enfermería domiciliaria
 - b. Terapias domiciliarias
 - c. Servicios de asistente para la salud en el hogar
 - d. Servicios de atención personal domiciliaria
 - e. Atención médica diurna para adultos
 - f. Servicio privado de enfermería, o
 - g. Servicios de Asistencia Personal Dirigida por el Consumidor

El solicitante que sea un paciente hospitalizado, internado o residente en un centro autorizado por la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH), la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Substancias (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) o la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD) del estado, o que esté inscrito en otro plan de atención administrada ampliado por Medicaid, en un programa de exención de servicios comunitarios y domiciliarios o en el Programa de tratamiento diurno de OPWDD, o reciba servicios en un centro de cuidados paliativos, puede inscribirse con el Contratista cuando reciba el alta o finalice la internación hospitalaria en un centro autorizado por la OMH, la OASAS o la OPDD, en otros planes de cuidado administrado, en un centro de cuidados paliativos, el programa de exención de servicios comunitarios y domiciliarios o el programa diurno de OPWDD.

La cobertura explicada en este manual entra en vigencia en la fecha de entrada en vigencia de su inscripción en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). La inscripción en el programa Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) es voluntaria.

Proceso de afiliación

El proceso de afiliación determinará su elegibilidad para el programa y garantizará que esté tomando una decisión informada. Nos enorgullece ejecutar nuestro rol en este proceso de la manera más conveniente posible para miembros potenciales.

Verificación de la llamada de interés

Nos comunicaremos con usted por teléfono para confirmar su interés en inscribirse en Integra Synergy MAP (HMO SNP) y para reunir información pertinente para programar su evaluación en el hogar. También responderemos cualquier pregunta que pueda tener sobre la evaluación y el programa Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) en este momento.

De ser necesario, lo transferiremos al Centro de Evaluación y Afiliación Libre de Conflictos (Conflict Free Evaluation and Enrollment Center, CFEEC). Necesitará una evaluación del CFEEC si es la primera vez que se inscribe en un plan MAP, si no ha estado en un plan MAP o MLTC por cuarenta y cinco (45) días o más o si ha transcurrido mucho tiempo desde la última evaluación del CFEEC. No necesita una evaluación de CFEEC si ya recibe atención domiciliar de Medicaid que no es parte de un plan de atención administrada o si ya está inscrito en un plan MLTC o MAP y le gustaría cambiarse a Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).

Evaluación del CFEEC

El CFEEC es un programa de Medicaid del estado de New York y es independiente de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) o de cualquier otro plan MAP. Se encarga de programar y realizar la evaluación en el hogar que determinará si usted es elegible para inscribirse en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) o cualquier otro plan MAP.

Una vez que esté conectado con el CFEEC, un asesor programará la evaluación. Le pedirán que confirme su nombre completo, dirección, fecha de nacimiento, número de teléfono e identificación de Medicaid o Número de Seguro Social, por lo que debe asegurarse de tener esta información a la mano. El CFEEC debe tener la disposición de programar la evaluación entre cinco (5) y siete (7) días hábiles.

Una Enfermera Registrada del CFEEC visitará su hogar a la hora concretada para llevar a cabo la evaluación, la cual toma tres (3) horas aproximadamente. Luego, se le informará si califica para atención a largo plazo. Si considera que califica y la enfermera no está de acuerdo, puede solicitar una Audiencia Imparcial para apelar la decisión de la enfermera (consulte “Audiencias Imparciales del estado” en “Decisiones y apelación de decisiones” más adelante).

Para programar una evaluación en el hogar con el CFEEC:

Lunes a viernes de 8:30 a.m. a 8:00 p.m.

Sábados de 10 AM a 6 PM

Llame al 1-855-222-8350 (TTY: 1-888-329-1546),

Los consejeros de CFEEC dominan todos los idiomas.

Evaluación de preinscripción de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP)

Una vez que se determine que califica para inscribirse en un plan de atención a largo plazo, Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) programará su evaluación en el hogar para definir el plan de atención más apropiado y efectivo para usted. Esta evaluación la realizará una de nuestras Enfermeras Registradas y tendrá lugar dentro de los treinta (30) días posteriores a su contacto inicial con Integra.

En el momento de la evaluación, el profesional de enfermería evaluador responderá las preguntas que

usted o su cuidador puedan tener y se asegurará de que tome una decisión informada para inscribirse en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). Si decide inscribirse, deberá completar el acuerdo de afiliación y la documentación asociada, y le informaremos cuándo puede esperar que comience su afiliación a Integra. Recibirá una copia del Directorio de Proveedores, el cual incluye todos los proveedores disponibles en la red de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). La cobertura explicada en este manual comienza en la fecha de entrada en vigencia de su inscripción en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).

En ese momento, puede que no califique si sucede lo siguiente:

- No puede o se niega a proporcionar toda la documentación para definir un plan de atención seguro.
- Se niega a firmar el Formulario de Solicitud.
- La evaluación de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) no coincide con la de CFEEC y New York Medicaid Choice (NYMC) ratifica la determinación de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP); y
- Su proveedor de atención primaria (PCP) se rehúsa a recibir la inscripción del miembro en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) y el miembro no quiere seleccionar otro PCP.

La elección de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) como su plan MAP es completamente voluntaria. En cualquier momento, antes o durante el proceso de afiliación, puede cambiar de opinión y retirar su solicitud. Incluso después de haber completado el proceso de solicitud, puede retirarse del plan verbalmente o por escrito hasta el mediodía del día 20 del mes anterior a la fecha de inicio de su afiliación. Es decir, si tenía programado comenzar su membresía el 1.º de marzo, puede retirarse hasta el mediodía del 20 de febrero. Después de este punto, aún podrá abandonar el plan al solicitar la desafiliación.

La información sobre sus beneficios de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) y todo lo que necesita saber para aprovechar al máximo su inscripción se proporciona en este manual. Le recomendamos que lo revise y lo guarde para futuras referencias.

Además del proceso descrito anteriormente, para inscribirse en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) debe completar una solicitud de Medicare. Para inscribirse en el programa de beneficios de Medicare de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), le enviaremos un representante del seguro médico con licencia a su hogar para recolectar todos los documentos necesarios y completar la solicitud. En el plazo de 10 días calendario desde la visita, Integra Synergy (HMO SNP) le avisará si falta información o si se aceptó o denegó su inscripción en Medicare. Si necesitamos más información, le enviaremos una carta. Después de recibir cualquier información faltante y si Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) confirma que usted califica, enviaremos su solicitud de inscripción a Medicare en el plazo de 7 días calendario. Por lo general, su inscripción se hará el primer día del mes siguiente. También debe completar una solicitud para la parte de Medicaid del plan.

Denegación de inscripción

Si no cumple con los criterios de elegibilidad para recibir los beneficios de Medicare y de Medicaid de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), le enviaremos una carta para denegar su inscripción en nuestro plan.

Si se deniega su solicitud, le informaremos en el plazo de 10 días calendario. Su solicitud puede denegarse por los siguientes motivos: no tiene la Parte A y B de Medicare; no reside legamente en Estados Unidos, está en la cárcel, reside fuera del área de servicio de los condados Bronx, Kings, New York, Queens o Nassau; no proporcionó la información solicitada en el plazo requerido; la solicitud fue enviada por otra persona y usted no le pidió a dicha persona que sea su representante autorizado; no califica para la parte de Medicaid del plan MAP o no cumple con los requisitos de elegibilidad.

Solicitudes retiradas

Si nos envía una solicitud y cambia de opinión por cualquier motivo, puede cancelar su solicitud antes del mediodía del día 20 del mes de procesamiento de la inscripción llamando al Servicio de Atención al Cliente.

Si Medicaid o Medicare de New York ya aprobaron su inscripción y solicita retirarla después del mediodía del día 20 del mes, su solicitud se procesará como una cancelación del plan al siguientes mes. Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) confirmará el retiro de la solicitud o la cancelación del plan por escrito.

Tarjeta de miembro del Plan (identificación)

Recibirá una tarjeta de identificación (ID) de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) en el plazo de 14 días desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción. Compruebe que toda la información en la tarjeta sea correcta. Asegúrese de llevar con usted siempre su tarjeta de identificación, junto con la tarjeta de Medicaid. Si pierde o le roban su tarjeta, comuníquese al Servicio de Atención al Cliente al 1-877-388-5195 (TTY: 711).

SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PROGRAMA INTEGRA SYNERGY MEDICAID ADVANTAGE PLUS (MAP) (HMO SNP)

Deducibles y copagos por los servicios cubiertos de Medicare

Muchos de los servicios que recibe, incluidos los servicios para paciente hospitalizado y paciente ambulatorio, las visitas del médico, los servicios de emergencia y los análisis de laboratorio están cubiertos por Medicare y se describen en la Evidencia de Cobertura de Medicare de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). En las Secciones 2 y 3 de la Evidencia de Cobertura de Medicare de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) se explican las reglas para utilizar los proveedores del plan y obtener atención en el caso de una emergencia médica o si necesita atención de urgencia. Algunos servicios tienen deducibles y copagos. Estos montos se muestran en la Tabla de Beneficios en la Sección 4 de la Evidencia de Cobertura de Medicare de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) en la columna “Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos”. Por haberse inscrito en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) y tener Medicaid, Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) pagará estos montos. No debe pagar estos deducibles ni copagos, excepto los que correspondan a la atención quiropráctica y artículos de farmacia. Si hay una prima mensual por los beneficios (consulte la Sección 8 de la Evidencia de Cobertura de Medicare de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus [MAP] [HMO SNP]), no deberá pagarla porque tiene Medicaid. También cubriremos muchos servicios no cubiertos por Medicare, pero sí por Medicaid. En la siguiente sección se explica lo cubierto.

Servicios de atención administrada

Como miembro de nuestro plan, usted recibirá servicios de atención administrada. Nuestro plan le brinda un Gestor de Atención, que es un profesional de atención médica, y que suele ser un enfermero o un trabajador social. Su Gestor de Atención trabajará con usted y su médico para decidir qué servicios necesita y desarrollar un plan de atención. Su Gestor de Atención también programará las citas para cualquier servicio que necesite, así como el transporte para dichos servicios.

Todos nuestros Gestores de Atención son enfermeras registradas y con licencia del estado de Nueva York, con al menos tres (3) años de experiencia clínica. Puede comunicarse con su Gestor de Atención si llama al Servicio de Atención al Cliente al (877) 388-5195 y pregunta por él. Para TTY, llamar al 711.

Su Gestor de Atención trabajará junto a su dedicado equipo de gestores de atención profesionales, quienes se le asignarán para atenderlo mientras esté inscrito en el plan. Este equipo de profesionales trabajará con usted, su familia y su(s) proveedor(es) de atención médica para determinar sus servicios y desarrollar un plan de atención adaptado a sus necesidades específicas. El Equipo de Atención Gestionada organizará los servicios y trabajará con proveedores de atención médica y de atención a largo plazo para coordinar todos los aspectos de su atención. El Equipo de Atención Gestionada también trabaja con enfermeras que hacen visitas domiciliarias periódicas para supervisar y evaluar sus necesidades de atención, y garantiza que su plan de atención se actualice a medida que sus necesidades cambian con el tiempo. Tiene acceso a su Equipo de Atención Gestionada en todo momento durante el horario regular de operaciones y a un Gestor de Atención de guardia fuera del horario de trabajo regular. Puede acceder a la Atención Gestionada luego de horas si llama a nuestro Servicio de Atención al Cliente donde será conectado con nuestro servicio en línea. Una vez que nuestro servicio en línea le responda, por favor solicite que lo comuniquen con nuestro profesional de enfermería en línea quien podrá asistirlo. Se le asignará un Equipo de Atención Gestionada dentro de los catorce (14) días posteriores a la afiliación. Haremos nuestro mejor esfuerzo para que coincida con el equipo que mejor pueda satisfacer las necesidades especiales que pueda tener, lo que incluye la necesidad de comunicarse en un idioma que no sea el inglés.

Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) le enviará una notificación con la información sobre su Equipo, y su Gestor de Atención hará seguimiento con una llamada de acercamiento para presentarse y explicarle la manera en la que el Equipo de Atención Gestionada trabajará con usted. Su equipo incluirá, entre otros, un Gestor de Atención (una Enfermera Registrada), un Coordinador de Servicios y un Trabajador Social. El Equipo es apoyado por el Profesional de Enfermería Evaluador y el Supervisor del Equipo de Atención Gestionada.

Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS)

Mediante el Programa del Servicio de Asistencia Personal Dirigido por el Consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Service, CDPAS), los miembros pueden recibir ayuda parcial o total con las tareas de atención personal, las de atención médico domiciliaria o las de enfermería especializada. El miembro dirige, instruye y supervisa al asistente del CDPAS que realice estas tareas. Esto permite a los miembros con enfermedades crónicas y discapacidades físicas tener mayor flexibilidad y libertad de elección en la obtención de sus servicios de atención domiciliaria. Puede ejercer la opción del CDPAS en cualquier momento durante su afiliación a Integra.

Si opta por usar el CDPAS, Integra seguirá siendo responsable por la evaluación integral y desarrollo de

un plan de servicio centrado en la persona. Sin embargo, usted (o su representante) es responsable de tomar decisiones con respecto al personal del CDPAS en cuanto a su contratación, capacitación, programación, evaluación, verificación y aprobación de la hoja de horario y despidos.

Si así lo desea, puede terminar el CDPAS y recibir servicios de Atención Personal a través de un proveedor de la red de Integra. Puede ser desafiliado del CDPAS de forma involuntaria si:

- la participación continua en el CDPAS no permitiría que se cumplan sus necesidades de salud, seguridad o bienestar.
- demuestra incapacidad de realizar las tareas requeridas por el CDPAS.
- Hay evidencia de uso fraudulento de fondos de Medicaid en relación con su participación en el CDPAS, tal como un indicio de que los documentos del CDPAS hayan sido falsificados.

Servicios cubiertos adicionales

Por tener Medicaid y calificar para el programa Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), nuestro plan coordinará y pagará los servicios sociales y médicos extra descritos a continuación. Puede obtener estos servicios siempre que sean médicamente necesarios, es decir, si son necesarios para prevenir o tratar su enfermedad o discapacidad. Su Gestor de Atención lo ayudará a identificar los servicios y proveedores que necesita. **En algunos casos, es posible que necesite una remisión o una orden de su médico para recibir estos servicios.** Debe recibir estos servicios de proveedores que estén en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).

Puede obtener servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas circunstancias. Por ejemplo, si tiene una emergencia o necesita atención de urgencia cuando está fuera del área (incluidos los servicios de diálisis), cuando no hay proveedores dentro de la red disponibles durante una catástrofe o cuando no hay proveedores de servicios especializados disponibles en la red. Salvo en el caso de una emergencia, debe obtener autorización previa para todos los servicios que recibe de proveedores fuera de la red. El proveedor es responsable de obtener autorización. Para obtener ayuda, llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-877-388-5195. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana, desde el 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre.

Si no puede encontrar un proveedor en nuestro plan y requiere un servicio médicamente necesario cubierto por Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), usted o su proveedor pueden solicitar que paguemos dichos servicios a un proveedor fuera de la red. Para hacer una solicitud, llame al Servicio de Atención al Cliente al (877) 388-5195 y pida hablar con su Gestor de Atención. Consulte la Sección 1: Solicitud de autorización de servicio (también denominada Solicitud de decisión de cobertura) para detalles del proceso autorización.

En su Evidencia de Cobertura de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) se explican todos los beneficios de Medicare y Medicaid. La siguiente lista incluye los beneficios cubiertos por la parte de Medicaid de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). Algunos servicios requieren autorización previa del plan. Los servicios listados a continuación con un asterisco (*) requieren autorización. Se requiere remisión para servicios especializados. Los beneficios cubiertos son los siguientes:

- ***Comidas entregadas a domicilio o en entornos grupales, como centros de atención diurna:** comidas que se entregan a domicilio o en entornos de reunión, como centros para personas mayores, para personas que no pueden cocinar ni cuentan con alguien que lo haga por ellos.
- ***Servicios médicos sociales:** evaluación, coordinación y asistencia para problemas sociales relacionados con ayudarle a quedarse en su hogar.

- ***Cuidado personal** (como asistencia para bañarse, comer, vestirse, ir al baño y caminar): asistencia médicamente necesaria para las actividades tales como higiene personal, vestimenta y alimentación y tareas de función de apoyo nutricional y ambiental.
- ***Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (CDPAS)**: le permite recibir ayuda a través de servicios de cuidado personal, servicios de asistente para la salud en el hogar, y tareas de enfermería especializada mediante un asistente personal dirigido por el consumidor de los servicios.
- ***Servicios de atención médica en el hogar no cubiertos por Medicare**: incluidos servicio de enfermería, asistente para la salud en el hogar, fisioterapia y terapia ocupacional y del habla. Se requiere remisión. Los servicios deben ser proporcionados por una agencia certificada de salud en el hogar. Su médico debe indicarle estos servicios y obtener nuestra autorización llamando al (877) 388-5195 o enviando una solicitud por escrito o fax al (516) 321-4639. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:
 - Servicios de enfermería prestados a tiempo parcial o intermitentes por una enfermera registrada;
 - Servicios de asistente para la salud en el hogar según lo indicado por un médico;
 - Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o patología del habla y audiolología;
 - Equipos y suministros médicos.
- ***Nutrición**: estos servicios son proporcionados por un nutricionista calificado e incluyen la valoración del estado o las necesidades nutricionales, el desarrollo y la evaluación de planes de tratamiento, educación nutricional, capacitación durante el servicio y la planificación de su dieta. También incluye consideraciones culturales.
- ***Cuidado social diurno**: es un programa estructurado e integral que ofrece socialización, supervisión, seguimiento, cuidado personal y nutrición en un lugar seguro durante cualquier momento del día, pero por un período inferior a veinticuatro (24) horas.
- ***Transporte que no sea de emergencia**: transporte para ocasiones que NO sean de emergencia para recibir atención médica necesaria y servicios cubiertos por el plan según los beneficios o la tarifa por servicio de Medicaid. Incluye ambulette, vehículo para personas inválidas, taxi, taxi de alquiler, transporte público u otro medio adecuado para su afección médica. Incluye un asistente de transporte que lo acompañe, si fuera necesario. Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) se asoció con Modivcare para satisfacer sus necesidades de transporte que no sean de emergencia.
- ***Servicio privado de enfermería**: los servicios privados de enfermería están cubiertos únicamente cuando el médico determina que son necesarios. Los servicios de enfermería pueden ser intermitentes, a tiempo parcial o continuos y se deben brindar de acuerdo con el plan de tratamiento escrito del médico o de la enfermera certificada. Estos servicios deben proporcionarse a través de una agencia de atención domiciliaria certificada aprobada, una agencia de atención domiciliaria autorizada o un profesional privado. Su PCP o especialista del plan debe llamarnos para obtener la autorización para estos servicios. Se requiere remisión.
- ***Servicios dentales**: Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) se asoció con HealthPlex para brindarle servicios dentales cubiertos por Medicare y Medicaid. Los servicios dentales cubiertos por Medicaid incluyen la atención dental preventiva, de profilaxis y de rutina necesaria, así como suministros y prótesis dentales para aliviar una afección de salud grave. Los servicios dentales quirúrgicos ambulatorios o para pacientes hospitalizados requieren autorización previa. La cirugía bucal, cuando no está cubierta por Medicare, requiere autorización.
- ***Ayuda social y ambiental** (como servicios de tareas en el hogar, modificaciones en el hogar o servicios de relevo): incluye los servicios y artículos necesarios médicamente. Puede incluir

tareas de mantenimiento del hogar, servicios de tareas domésticas, mejora de la vivienda y atención de relevo.

- ***Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales:** este es un dispositivo de alarma electrónico que le permite solicitar ayuda más fácilmente en caso de una emergencia.
- ***Atención Médica Diurna para Adultos:** la atención médica diurna para adultos incluye los siguientes servicios: médicos, enfermería, alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de tiempo libre que son un programa planificado de diversas actividades significativas, servicios dentales, farmacéuticos y otros servicios auxiliares.
- ***Atención en el hogar de ancianos no cubierta por Medicare** (siempre y cuando califique para Medicaid institucional): La mayoría de los cuidados en hogares de ancianos son cuidados de custodia. El cuidado de custodia lo ayuda con las actividades de la vida diaria (como bañarse, vestirse, usar el baño y comer) o necesidades personales que podrían realizarse de manera segura y razonable sin habilidades o capacitación profesional.
- ***Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios:** terapia ocupacional (OT), fisioterapia (PT) y terapia del habla y lenguaje (ST). Servicios de OT y ST cubiertos por Medicaid.
- ***Suministros médicos y quirúrgicos, fórmula enteral y parenteral, suplementos nutricionales y baterías para audífonos:** por lo general, estos artículos se consideran de un solo uso, artículos consumibles pagados habitualmente en la categoría de Equipo Médico Duradero de tarifa por servicio de Medicaid. Las limitaciones se describen en la siguiente sección.
- ***Atención de salud mental para pacientes hospitalizados que superan el límite de 190 días de por vida de Medicare:** si excede el beneficio de atención de salud mental para pacientes hospitalizados incluido en la Evidencia de Cobertura de Medicare, es elegible para recibir atención médicamente necesaria los 365 días del año, lo que corresponde a la parte de Medicaid de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). Estos servicios requieren autorización previa. Su médico debe llamarnos al (877) 388-5195 o enviar una solicitud por escrito o fax al (516) 321-4639.
- ***Audiología:** incluye exámenes y pruebas; evaluaciones, recetas y artículos para audífonos, incluidos audífonos, moldes para los oídos, accesorios especiales y piezas de repuesto.
- ***Equipo médico duradero (DME):** los equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare y Medicaid, incluidos los dispositivos o equipos ortopédicos que no sean aparatos protésicos u ortopédicos, con las siguientes características: pueden resistir el uso repetido durante un período prolongado; se utilizan principalmente y habitualmente para fines médicos; generalmente no son útiles para una persona en ausencia de enfermedad o lesión y están, por lo general, ajustados, diseñados o confeccionados para el uso de un individuo en particular. Debe ser solicitado por un médico calificado. Sin requisito previo de estar confinado al hogar e incluyendo EMD que no son de Medicare cubiertos por Medicaid (por ejemplo, banqueta para la bañera; barra de apoyo).
- ***Dispositivos protésicos y ortésicos:** calzado protésico, ortésico y ortopédico cubierto por Medicare y Medicaid. Aparatos y dispositivos protésicos que reemplazan cualquier parte del cuerpo. Los aparatos y dispositivos ortésicos se utilizan como respaldo para un miembro débil o deforme del cuerpo, o para restringir o eliminar el movimiento en una parte enferma o lesionada del cuerpo.
- ***Optometría:** servicios de optometristas, oftalmólogos y ópticos, incluidos anteojos, lentes de contacto médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales (de inventario o hechos a medida) y ayudas y servicios para la visión disminuida. La cobertura también incluye la reparación o el reemplazo de piezas. La cobertura también incluye exámenes de diagnóstico y

tratamiento de defectos de la vista y/o enfermedades oculares. Los exámenes de refracción se limitan a cada dos (2) años, a menos que se justifique lo contrario como médicamente necesario. Los anteojos no requieren cambiarse con mayor frecuencia que cada dos (2) años, a menos que sean médicamente necesarios o que se pierdan, dañen o destruyan.

Limitaciones

- La fórmula enteral y los suplementos nutricionales están limitados a personas que no pueden recibir 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 nutrición a través de la fórmula por sonda; 2) personas con trastornos metabólicos innatos inusuales que requieren fórmulas médicas específicas para recibir nutrientes esenciales que no están disponibles por ningún otro medio. La cobertura para ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos incluirá productos alimenticios sólidos modificados que sean bajos en proteínas o que contengan proteínas modificadas.
- La atención en un hogar de ancianos está cubierta para personas consideradas de ubicación permanente, siempre y cuando sean elegibles para la cobertura institucional de Medicaid.

Atención fuera del área de servicio

Debe informarle a su Gestor de Atención cuando viaje fuera de su área de cobertura. Si llega a necesitar servicios fuera de su área de cobertura, debe comunicarse con su Gestor de Atención para recibir asistencia con la coordinación de los servicios.

Servicios de emergencia

Los servicios de emergencia son para la aparición repentina de una afección que se considera una amenaza para su salud. Para emergencias médicas, llame al 911. Como se mencionó anteriormente, no es necesario obtener autorización previa para los servicios de emergencia. Sin embargo, debe avisar a Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) en el plazo de 24 horas desde la emergencia. Es posible que necesite servicios a largo plazo que solo podrá recibir mediante Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).

Si usted está internado, un familiar u otra persona a cargo de su cuidado debe avisar a Integra Synergy MAP (HMO SNP) en el plazo de 24 horas desde el ingreso. Su Gestor de Atención cancelará sus servicios de atención domiciliaria y cancelará otras citas, según sea necesario. Asegúrese de avisarle al proveedor de cuidado primario o al coordinador de altas del hospital que se comunique con Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) para que podamos trabajar en conjunto para planificar su cuidado después de recibir el alta hospitalaria.

Procedimientos de atención de transición

Los nuevos inscritos en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) pueden continuar un tratamiento en curso, durante un período de transición de hasta 60 días desde la inscripción con un proveedor de atención médica fuera de la red si el proveedor acepta la tarifa de pago del plan, se adhiere a la políticas de garantía de calidad y a otras políticas de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) y proporciona información médica al plan sobre la atención.

Si su proveedor se va de la red, puede continuar el curso del tratamiento por un período de transición de hasta 90 días si el proveedor acepta la tarifa de pago del plan, se adhiere a las políticas de garantía de calidad y a otras políticas, y proporciona información médica al plan sobre la atención.

Programa Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

En esta sección se explicarán los servicios y ayudas disponibles mediante el programa *Money Follows the Person (MFP)/Open Doors*. *MFP/Open Doors* es un programa que puede ayudarlo a salir de un hogar de ancianos para regresar a su hogar o vida en la comunidad. Puede calificar para el programa MFP en los siguientes casos:

- Ha vivido en un hogar de ancianos por tres meses o más.
- Tiene necesidades de salud que se pueden cubrir a través de servicios en su comunidad.

El programa *MFP/Open Doors* cuenta con personas, llamadas Especialistas y Pares de Transición, que se reunirán con usted en el hogar de ancianos y hablarán sobre el regreso a la comunidad. Los Especialistas y Pares de Transición son diferentes a los Gestores de Atención y a los Planificadores de Alta. Pueden ayudarlo con lo siguiente:

- Brindarle información sobre servicios y ayudas en la comunidad.
- Encontrar servicios ofrecidos en la comunidad para ayudarlo a ser independiente.
- Visitarlo o llamarlo después de la mudanza para asegurarse de que tenga lo que necesitan en su hogar.

Para obtener más información sobre el programa *MFP/Open Doors*, o para programar una visita de un Especialista o Par de Transición, comuníquese con la Asociación de New York para la Vida Independiente al 1-844-545-7108 o envíe un correo electrónico a mfp@health.ny.gov. También puede visitar MFP/Open Doors en la web en www.health.ny.gov/mfp o www.ilny.org.

SERVICIOS DE MEDICAID NO CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN

Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) no cubre algunos servicios de Medicaid. Puede recibir estos servicios de un proveedor que acepte Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid. Si tiene preguntas sobre si Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) o Medicaid cubren un beneficio, llame al Servicio de Atención al Cliente al (877) 388-5195. Algunos de los beneficios cubiertos por Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid son los siguientes:

Farmacia

La mayoría de los medicamentos recetados están cubiertos por la Parte D de Medicare de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) como se describe en la Sección 6 de la Evidencia de Cobertura de Medicare de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). Regular Medicaid cubre algunos medicamentos que Medicare no cubre.

Determinados servicios de salud mental, que incluyen lo siguiente:

- Tratamiento de rehabilitación psiquiátrica intensiva
- Tratamiento diurno
- Administración del Caso para aquellos con enfermedades mentales graves y persistentes (patrocinados por unidades de salud mental estatales o locales)
- Atención hospitalaria parcial no cubierta por Medicare
- Servicios de rehabilitación para aquéllos en hogares comunitarios o con tratamiento familiar
- Tratamiento diurno continuo
- Tratamiento asertivo en la comunidad

- Servicios personalizados orientados a la recuperación

Ciertos servicios para retrasos mentales y discapacidades del desarrollo, incluidos los siguientes:

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento diurno
- Coordinación de servicios de Medicaid
- Servicios recibidos mediante el programa de exención de servicios comunitarios y domiciliarios

Otros servicios de Medicaid

- Tratamiento con metadona
- Terapia de observación directa para la tuberculosis
- Administración de Casos de COBRA para el VIH

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los miembros pueden asistir a cualquier médico o clínica de Medicaid que brinde atención de planificación familiar. No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP).

SERVICIOS NO CUBIERTOS POR INTEGRA SYNERGY MEDICAID ADVANTAGE PLUS (MAP) (HMO SNP) NI MEDICAID

Si los servicios médicos no están cubiertos por Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) o Medicaid, debe pagarlos si su proveedor le informa con anticipación que estos servicios no están cubiertos y usted acepta pagarlos. Estos son ejemplos de los servicios no cubiertos por Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) ni Medicaid:

- Cirugía estética, si no es médicamente necesaria
- Artículos personales y de comodidad
- Servicios del proveedor que no forman parte del plan (a menos que Integra Synergy Medicaid Advantage Plus [MAP] [HMO SNP] lo envíe a ese proveedor)

Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio de Atención al Cliente al (877) 388-5195.

AUTORIZACIÓN DE SERVICIO, PROCESOS DE APELACIÓN Y QUEJA

Usted tiene Medicare y obtiene asistencia de Medicaid. En este capítulo se incluye la información sobre sus derechos para todos los beneficios de Medicare y la mayoría de los beneficios de Medicaid. En la mayoría de los casos, no necesitará utilizar procesos diferentes para sus beneficios de Medicare y Medicaid. Por lo general, utilizará el mismo proceso para ambos. Esto suele denominarse “proceso integrado” porque integra los procesos de Medicare y Medicaid.

Sin embargo, para algunos de sus beneficios de Medicaid, puede que también tenga el derecho a un proceso adicional de apelación externa. Para obtener más información sobre el proceso de apelación

externa, consulte la página 23.

Sección 1: Solicitud de autorización de servicio (también denominada Solicitud de decisión de cobertura)

La información en esta sección corresponde a todos los beneficios de Medicare y la mayoría de los beneficios de Medicaid. Esta información no corresponde a los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.

Cuando pide la aprobación de un tratamiento o servicio, esto se denomina **solicitud de autorización de servicio (también denominada solicitud de decisión de cobertura)**. Para obtener una solicitud de autorización de servicio, usted o su médico debe llamar a nuestro número gratuito de Servicio de Atención al Cliente al (877) 388-5195 o enviar su solicitud por escrito a Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), P.O. Box 18023, Hauppauge, NY 11788. También puede enviar la solicitud por fax al (516) 321-4639.

Daremos autorización para cierta cantidad de servicios y durante un período específico. Esto se llama **período de autorización**.

Autorización previa

Algunos de los servicios cubiertos requieren la **autorización previa** (aprobación por adelantado) de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) antes de recibirlos o para poder seguir recibéndolos. Usted, o alguien de su confianza, puede solicitarla. Los siguientes tratamientos y servicios deben aprobarse antes de recibirlos:

- **Rehabilitación para pacientes ambulatorios**
- **Atención personal** (como asistencia para bañarse, comer, vestirse, ir al baño y caminar)
- **Servicios de atención médica en el hogar no cubiertos por Medicare:** incluidos servicio de enfermería, asistente para la salud en el hogar, fisioterapia y terapia ocupacional y del habla.
- **Nutrición**
- **Servicios sociales médicos**
- **Comidas entregadas a domicilio o en entornos grupales, como centros de atención diurna**
- **Atención social diurna**
- **Transporte que no sea de emergencia**
- **Servicio privado de enfermería**
- **Odontología**
- **Ayuda social y ambiental** (como servicios de tareas en el hogar, modificaciones en el hogar o servicios de relevo)
- **Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales**
- **Atención médica diurna para adultos**
- **Atención en el hogar de ancianos no cubierta por Medicare (siempre y cuando califique para Medicaid institucional)**
- **Atención de salud mental para pacientes hospitalizados que superan el límite de 190 días de por vida de Medicare Audiología**
- **DME**
- **Suministros médicos**
- **Dispositivos protésicos y ortésicos**
- **Optometría**
- **Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor**

- **Acupuntura para el dolor crónico en la zona lumbar**
- **Servicios de ambulancia**
 - Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia aérea y servicios que no son de emergencia.
- **Servicios de rehabilitación cardíaca**
- **Servicios quiroprácticos**
- **Suministros y servicios para la diabetes, incluidos los servicios de nutrición**
- **Servicios de diálisis**
- **Servicios de audición**
- **Servicios de salud en el hogar**
- **Terapia de infusión en el hogar**
- **Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados**
- **Atención de salud mental para pacientes hospitalizados**
- **Estancia como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un SNF durante una estancia no cubierta como paciente hospitalizado**
- **Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare**
- **Servicios del programa de tratamiento de opioides**
- **Servicios de sangre ambulatorios**
- **Pruebas de diagnóstico ambulatorias, servicios terapéuticos y suministros**
- **Servicios ambulatorios de DIAG/RAD TERAPÉUTICO**
- **Servicios de observación para pacientes ambulatorios**
- **Servicios hospitalarios ambulatorios**
- **Atención de salud mental ambulatoria**
- **Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios**
- **Servicios ambulatorios por consumo de sustancias**
- **Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros ambulatorios de hospitales y centros quirúrgicos ambulatorios**
- **Servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje**
- **Servicios de podología**
- **Dispositivos protésicos y suministros relacionados**
- **Servicios de rehabilitación pulmonar**
- **Cuidado de relevo**
- **Servicios para el tratamiento de enfermedades renales**
- **Atención en centro de enfermería especializada (SNF)**
- **Terapia de ejercicios supervisados (SET)**
- **Otros servicios de prevención cubiertos por Medicare:**
 - **Examen de detección de glaucoma**
 - **Capacitación para el autocontrol de la diabetes**
 - **Enemas de bario**
 - **Exámenes rectales digitales**
 - **EKG luego de la consulta de bienvenida**

Para obtener una solicitud de autorización de servicio, usted o su médico debe llamar a nuestro número gratuito de Servicio de Atención al Cliente al (877) 388-5195 o enviar su solicitud por escrito a Integra Managed Care, P.O. Box 18023, Hauppauge, NY 11788. También puede enviar la solicitud por fax al (516) 321-4639.

Revisión concurrente

Si recibe uno de estos servicios actualmente y necesita seguir recibiendo la atención durante el período de autorización, también deberá obtener una autorización previa. Esto incluye una solicitud para los servicios de atención médica en el hogar cubiertos por Medicaid después de una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado. Esto se llama **revisión concurrente**.

Revisión retrospectiva

En ocasiones, haremos una revisión de la atención que recibe para ver si todavía es necesaria. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya recibió. Esto se llama **revisión retrospectiva**. Le avisaremos si realizamos estas revisiones.

Qué sucede luego de que recibamos su solicitud de autorización de servicio

El plan de salud cuenta con un equipo de revisión para asegurarse de que reciba los servicios que prometemos. Los médicos y enfermeros son parte del equipo de revisión. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que pidió sea médicamente necesario y adecuado en su caso. Para lograrlo, comparan su plan de tratamiento con los estándares médicos aceptables.

Podemos decidir denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por una cantidad menor de lo que solicitó. Un profesional de atención médica calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio que solicitó no es médicamente necesario, un revisor clínico colega tomará la decisión. Un revisor clínico colega puede ser un médico, enfermero o profesional de atención médica que suele brindar la atención que usted solicitó. Puede pedir los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica**, utilizados para definir la necesidad médica.

Después de recibida su solicitud, la revisaremos mediante un proceso **estándar** o uno **acelerado**. Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión acelerada si creen que una demora causará un daño grave a su salud. Si denegamos su solicitud de una revisión acelerada, se lo informaremos y luego gestionaremos su solicitud mediante el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como su afección médica lo requiera, pero no más tarde de lo mencionado a continuación. A continuación encontrará más información sobre el proceso acelerado.

Nos comunicaremos por teléfono y por escrito con usted y su proveedor para informarles si aprobamos o denegamos su solicitud. También le diremos el motivo de la decisión. Le explicaremos las opciones que tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Proceso estándar

En general, utilizamos el **plazo estándar** para comunicarle nuestra decisión sobre su solicitud de un artículo o servicio médico, a menos que acordemos utilizar los plazos acelerados.

- En el caso de una revisión estándar para una solicitud de autorización previa, le daremos una respuesta en el plazo de 3 días hábiles desde que tengamos toda la información necesaria, pero antes de **14 días calendario** después de recibida su solicitud. Si su caso es una **revisión concurrente** en la que solicita un cambio en un servicio que ya recibe, tomaremos una decisión en el plazo de 1 día hábil desde que tengamos toda la información necesaria, pero le daremos una respuesta antes de 14 días calendario después de recibida su solicitud.
- **Podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si nos solicita más tiempo, o si necesitamos información (como el historial médico de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarle. Si decidimos tomarnos días adicionales para decidir, le informaremos por escrito

qué información necesitamos y cómo lo favorece la demora. Tomaremos una decisión lo más rápido posible cuando recibamos la información necesaria, pero antes de 14 días desde que solicitamos más información.

- Si considera que **no** debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una **“queja rápida”**. Cuando usted presenta una queja rápida, debemos responder a ella en un lapso de 24 horas. El proceso para presentar una queja es distinto al proceso de autorizaciones y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre el plan.

Si no le respondemos en el plazo de 14 días calendario (o al final de los días adicionales, en caso de tomarlos), puede presentar una apelación.

- **Si aprobamos parte o la totalidad de su solicitud**, autorizaremos el servicio o el producto solicitado.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial para su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde se explicarán los motivos de nuestra decisión. Sección 2: Nivel 1 de apelación (también denominado Nivel 1) de este capítulo se describe cómo hacer una apelación.

Proceso acelerado

Si su salud lo requiere, puede solicitarnos una “autorización de servicio acelerada”.

- En el caso de una revisión acelerada para una solicitud de autorización previa, le daremos una respuesta en el plazo de 1 día hábil desde que tengamos toda la información necesaria, pero antes de **72 horas** de haber realizado la solicitud.
- Podemos tomarnos **hasta 14 días calendario adicionales** si descubrimos que falta información que podría beneficiarle (como el historial médico de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos días adicionales, le informaremos por escrito qué información necesitamos y cómo lo favorece la demora. Tomaremos una decisión lo más rápido posible cuando recibamos la información necesaria, pero no más de 14 días desde que solicitamos más información.
- Si considera que no debemos tomarnos días adicionales, **puede presentar una “queja rápida”**. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre el plan, a continuación, para más información). Le llamaremos apenas tomemos la decisión.
- Si no le damos respuesta en un plazo de 72 horas (o si se extiende el plazo después de este período) puede presentar una apelación. Consulte la Sección 2: Nivel 1 de apelación a continuación para saber cómo hacer una apelación.

Para obtener una autorización de servicio acelerada, debe cumplir con dos requisitos:

1. Solicita cobertura para atención médica que aún no ha recibido. No puede pedir una autorización de servicio acelerada para el pago de la atención médica que ya recibió.
2. Utilizar un plazo estándar podría causar daños graves a su salud o vida o incapacitarlo.

Si su proveedor nos comunica que su salud requiere una “autorización de servicio acelerada”, se la otorgaremos automáticamente.

Si solicita una autorización de servicio acelerada por su cuenta, sin el apoyo de su proveedor, decidiremos si su salud amerita que le otorguemos dicha autorización de servicio acelerada.

Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una autorización de servicio acelerada, le enviaremos una carta para comunicárselo (y utilizaremos los plazos estándar en su lugar).

- Esta carta también le explicará que, si su proveedor solicita una autorización de servicio acelerada, se la otorgaremos automáticamente.
- La carta también incluirá información sobre cómo presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de otorgarle una autorización de servicio estándar, en lugar de la decisión de cobertura acelerada solicitada. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre el plan de este capítulo.

Si aprobamos parte o la totalidad de su solicitud, debemos responderle en el plazo de 72 horas de haber recibido su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para otorgar la autorización del servicio sobre su solicitud de un artículo médico o servicio, le responderemos al finalizar ese período extendido.

Si denegamos parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una explicación pro escrito de los motivos de nuestra decisión. Si no está satisfecho con nuestra respuesta, tiene el derecho de presentarnos una apelación. Consulte la Sección 2: Nivel 1 de apelación a continuación para más información.

Si no recibe una respuesta a tiempo, equivale a que denegamos la solicitud de autorización de servicio. En este caso, tiene derecho a presentarnos una apelación. Consulte la Sección 2: Nivel 1 de apelación a continuación para más información.

Si hacemos cambios en un servicio que recibe actualmente

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o interrumpir un servicio ya aprobado que recibe actualmente, debemos avisarle al menos 15 días antes de hacer el cambio en el servicio.
- Si estamos revisando la atención que ya recibió, tomaremos una decisión sobre el pago de la misma en el plazo de 30 días después de reunir la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago de un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor ese mismo día. **Usted deberá pagar la atención que recibió cubierta por el plan o Medicaid, incluso si luego denegamos el pago al proveedor.**

Si su cobertura de **servicios de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro ambulatorio de rehabilitación integral (CORF)** está por finalizar, puede tener **derechos especiales de Medicare**. Para obtener más información sobre estos derechos, consulte el Capítulo 9 de la Evidencia de Cobertura de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).

Qué hacer si quiere apelar una decisión sobre su atención

Si rechazamos su solicitud de cobertura de un artículo o servicio médico, debe decidir si desea presentar

una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a apelar y solicitarnos que reconsideremos nuestra decisión. Una apelación es otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).
- Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) también puede explicarle los procesos de queja y de apelación disponibles según su queja. Para obtener más información sobre sus derechos o las opciones disponibles, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente al 1-877-388-5195.

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

Sección 2: Nivel 1 de apelación (también denominado como nivel de apelación al plan)

La información en esta sección corresponde a todos los beneficios de Medicare y la mayoría de los beneficios de Medicaid. Esta información no corresponde a los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.

Para algunos tratamientos y servicios, necesita la aprobación antes de recibirlos o para poder seguir recibiendo. Esto se llama autorización previa. Pedir la aprobación de un tratamiento o servicio se denomina solicitud de autorización de servicio. Este proceso se describió en la Sección 1 de este capítulo. Si decidimos denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla, pero por menos cantidad de lo que solicitó, recibirá un aviso llamado Aviso de determinación de cobertura integrada.

Si recibe un Aviso de determinación de cobertura integrada y no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene el derecho de presentar una apelación. Hacer una apelación implica otro intento para obtener la cobertura del artículo o servicio médico que desea al pedirnos que volvamos a revisar su solicitud.

Puede presentar una Apelación de Nivel 1:

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1 o apelación al plan. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Su apelación será gestionada por otros revisores, que no serán los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando terminemos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que explicaremos más adelante, usted puede solicitar una apelación rápida.

Pasos para presentar una apelación de Nivel 1:

- Si no está conforme con nuestra decisión, tiene **60 días** desde la fecha del Aviso de determinación de cobertura para presentar una apelación. Si no cumple el plazo y tiene motivos valederos para haberlo perdido, es posible que le otorguemos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos valederos para no cumplir el plazo son una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- Si presenta una apelación a una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no recibió, usted o su proveedor deberá decidir si necesita una **“apelación rápida”**.
 - Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “autorización de servicio acelerada”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una autorización de servicio acelerada. Encontrará las instrucciones en la Sección 1, en la parte de Proceso acelerado.
 - Si su proveedor nos comunica que su salud requiere una “apelación rápida”, se la otorgaremos.
 - En el caso de una **revisión concurrente** en la que estamos revisando un servicio que recibe actualmente, obtendrá una apelación rápida automáticamente.
- Puede presentar la apelación por su cuenta o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación de Nivel 1 en su nombre. Si necesita ayuda para presentar la apelación de Nivel 1, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente al 1-877-388-5195.

- Durante su apelación, solamente puede representarlo una persona designada por escrito. Si quiere que un amigo, pariente u otra persona lo represente durante la apelación, puede completar el Formulario de solicitud de apelación adjunto al Aviso de determinación de cobertura integrada, completar el formulario de “Designación de representante”, o escribir y firmar una carta en la que nombre a su representante.
 - Solicite un formulario de “Designación de representante” llamando a Servicios al Miembro. El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en www.integramanagedcare.com. El formulario le concede permiso a esa persona para que lo represente. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - También puede escribir una carta y enviárnosla. Usted o la persona designada como su representante en la carta puede enviárnosla.
- No cambiaremos nuestro trato hacia usted ni actuaremos mal porque haya presentado una apelación de Nivel 1.
- Puede presentar la apelación de Nivel 1 por teléfono o por escrito.

Seguir recibiendo un servicio o artículo durante el proceso de apelación sobre su atención

Si le informamos que vamos a interrumpir, suspender o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda mantener dichos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de proceder con la decisión.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario siguientes a la fecha del aviso de determinación de cobertura integrada o en la fecha de entrada en vigencia de nuestra acción, la fecha que sea posterior.
- Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente. También seguirá recibiendo el resto de los servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.
- **Nota:** Si su proveedor solicita que sigamos brindando un servicio o artículo que recibe actualmente durante su apelación, es posible que tenga que designar a su proveedor como representante.

Qué sucede luego de que recibamos su apelación de Nivel 1

- En el plazo de 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación de Nivel 1. Le avisaremos si necesitamos más información para tomar la decisión.
- Le enviaremos gratis una copia del expediente del caso, el cual incluye una copia del historial médico y la información y los registros que utilizaremos para tomar la decisión sobre la apelación. Si su apelación de Nivel 1 es acelerada, el plazo para analizar la información puede ser corto.

- Las decisiones sobre apelaciones relacionados con asuntos clínicos estarán a cargo de profesionales de la salud calificados que no hayan participado en la primera decisión. Al menos uno de ellos será un revisor clínico colega.
- Las decisiones sobre asuntos no clínicos estarán a cargo de personal con un rango superior al del personal que participó en la primera decisión.
- También puede brindar información para ser considerada en la decisión en persona o por escrito. Si no está seguro de qué información enviarnos, llame al 1-877-388-5195.
- Le explicaremos los motivos de nuestra decisión y nuestra lógica clínica, si corresponde. Si decidimos denegar una solicitud o aprobarla, pero por menos cantidad de lo que solicitó, le enviaremos un aviso llamado Aviso de decisión de apelación. Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará **automáticamente** al próximo nivel del proceso de apelaciones.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si usamos los plazos de apelación estándar, debemos responder la solicitud **en el plazo de 30 días calendario** de haber recibido su apelación, si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
- Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que podría beneficiarlo, podemos **tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomarnos días adicionales para decidir, le informaremos por escrito qué información necesitamos y cómo lo favorece la demora. Tomaremos una decisión lo más rápido posible cuando recibamos la información necesaria, pero antes de 14 días desde que solicitamos más información.
 - Si considera que **no** debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. Cuando usted presenta una queja rápida, debemos responder a ella en un lapso de 24 horas.
 - Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre el plan, a continuación, para más información.
- Si no le brindamos una respuesta en el plazo mencionado (o al final de los días adicionales que nos tomamos para revisar su solicitud de un artículo o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones.
 - Una organización independiente externa revisará la solicitud.
 - Hablamos sobre la organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación en Sección 3: Nivel 2 de apelaciones.
- **Si aprobamos parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada en el plazo de 72 horas desde que tomamos la decisión.
- **Si denegamos parte o la totalidad de su solicitud**, para garantizar que hemos seguido todas las normas al rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a pasar su apelación al siguiente nivel**. Al hacerlo, significa que su apelación ingresará en el siguiente nivel del proceso de apelación; es decir, el Nivel 2.

Plazos para una apelación “rápida”

- Si utilizamos plazos rápidos, debemos responderle en el plazo de **72 horas de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
- Si solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que podría beneficiarlo, podemos **tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomarnos días adicionales para decidir, le informaremos por escrito qué información necesitamos y cómo lo favorece la demora. Tomaremos una decisión lo más rápido posible cuando recibamos la información necesaria, pero antes de 14 días desde que solicitamos más información.
- Si no le respondemos en el plazo de **72 horas** (o al final de los días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Ese tema se analiza en la Sección 3: Nivel 2 de apelaciones.

Si aprobamos parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada en el plazo de 72 horas de haber recibido su apelación.

Si denegamos parte o la totalidad de su solicitud, enviaremos automáticamente su apelación a una organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Usted o alguien de su confianza puede presentar una queja ante el plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su acción de apelación.

- Durante el Nivel 2 de apelación, una organización de revisión independiente, llamada **“Oficina Integrada de Audiencias Administrativas”** u **“Oficina de Audiencias”**, revisa la decisión que tomamos sobre la primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.
- Incluimos más detalles sobre esta organización y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación más adelante en la Sección 3: Nivel 2 de apelaciones.

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

Sección 3: Nivel 2 de apelaciones

La información en esta sección corresponde a todos los beneficios de Medicare y la mayoría de los beneficios de Medicaid. Esta información no corresponde a los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.

Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, su caso se enviará **automáticamente** al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante el Nivel 2 de apelación, la **Oficina de Audiencias** revisa nuestra decisión sobre su apelación de Nivel 1. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

- **La Oficina de Audiencias es una agencia independiente del estado de New York.** No está vinculada con nosotros. Medicare y Medicaid supervisan sus funciones.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama el “expediente del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso sin costo.**
- Usted tiene derecho de darle información adicional a la Oficina de Audiencias para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Oficina de Audiencias analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La Oficina de Audiencias se comunicará con usted para programar una audiencia.
- Si le han otorgado una apelación rápida para nuestro plan en el Nivel 1 porque esperar el plazo estándar para recibir una decisión podría dañar gravemente su salud, recibirá una apelación rápida automáticamente en el Nivel 2. La organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Si la Oficina de Audiencias necesita recolectar más información que podría beneficiarlo, **esto puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.**

Si le otorgaron una apelación “estándar” en el Nivel 1, también se le otorgará una apelación “estándar” en el Nivel 2.

- Si le otorgaron una apelación estándar al plan en el Nivel 1, la recibirá una apelación estándar automáticamente en el Nivel 2.
- La organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 90 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si la Oficina de Audiencias necesita recolectar más información que podría beneficiarlo, esto puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.

Si calificó para seguir recibiendo los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, también seguirá recibiendo sus beneficios del servicio, artículo o medicamento bajo apelación durante el Nivel 2. Consulte la página 17 para obtener más información sobre seguir recibiendo sus beneficios durante el Nivel 1 de apelación.

La Oficina de Audiencias le comunicará su decisión por escrito y le explicará sus motivos.

- Si la Oficina de Audiencias **aprueba** parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar el servicio o el artículo **en el plazo de un día hábil de haber recibido la decisión de la Oficina de Audiencias**.
- Si la Oficina de Audiencias **rechaza** parte o la totalidad de su apelación, significa que aceptan la decisión de nuestro plan de no aprobar su solicitud de cobertura de atención médica (o parte de ella). Esto se denomina “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la Oficina de Audiencias rechaza parte o la totalidad de su apelación, usted puede decidir si continuar apelando.

- Existen dos niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cuatro niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada, deberá decidir si desea continuar con el Nivel 3 y presentar una tercera apelación. El aviso escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2 incluye información específica sobre cómo hacer esto.
- El Consejo de Apelaciones de Medicare gestiona la Apelación de Nivel 3. Después de este nivel, usted puede tener derecho a solicitarle a una corte federal que revise su apelación.
- La decisión que tome el Consejo de Apelación de Medicare sobre los beneficios de **Medicaid** será **definitiva**.

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

Sección 4: Apelación externa exclusiva para Medicaid

Usted o su médico puede solicitar una apelación externa **solo para los beneficios cubiertos por Medicaid**.

Usted puede solicitarle al estado de New York una **apelación externa** independiente si el plan decide denegar la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron, por los siguientes motivos:

- no era médicamente necesario;
- era experimental o de investigación;
- no era diferente a la atención que puede recibir dentro de la red del plan; o
- estaba disponible con un proveedor participante que cuenta con el entrenamiento y la experiencia necesarios para satisfacer sus necesidades.

Esto se llama apelación externa porque la decisión es tomada por revisores que no trabajan para el plan o por el estado. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el estado de New York. Este servicio debe ser parte del paquete de beneficios del plan o un tratamiento experimental. No tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de apelar al estado:

- debe presentar una apelación de Nivel 1 ante el plan y recibir la determinación adversa definitiva del plan; **o bien**
- puede solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo si no ha recibido el servicio y solicita una apelación rápida. Su médico tendrá que decir que es necesaria una apelación acelerada; **o bien**
- usted y su plan pueden acordar omitir el proceso de apelación ante el plan e ir directamente a la **apelación externa; o bien**
- puede probar que el plan no siguió las reglas correctamente al procesar su apelación de Nivel 1.

Tiene **4 meses** después de recibir la determinación adversa definitiva del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acuerdan omitir el proceso de apelaciones del plan, debe solicitar la apelación externa en el plazo de 4 meses de haber hecho el acuerdo.

Para solicitar una apelación externa, debe completar una solicitud y enviarla al Departamento de Servicios Financieros.

- Si necesita ayuda para presentar la apelación, puede llamar al Servicios al Miembro al 1-877-388-5195.
- Usted y sus médicos deberán brindar información sobre su problema médico.
- La solicitud de Apelación Externa indica qué información se necesitará.

Estas son algunas formas de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882.
- Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros en www.dfs.ny.gov.
- Comuníquese con el plan de salud al 1-877-388-5195.

El revisor tomará una decisión sobre su apelación externa en 30 días. Si el revisor de la apelación externa solicita más información, es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles). El revisor les dará a usted y al plan la decisión definitiva en el plazo de dos días de haber tomado la decisión.

Puede obtener más rápido la decisión si su médico indica que la demora puede causar un daño grave a su salud. Esto se llama **apelación externa acelerada**. El revisor de la Apelación Externa decidirá una apelación acelerada en 72 horas o menos. El revisor le comunicará a usted y al plan la decisión por teléfono o fax inmediatamente. Posteriormente, el revisor le enviará una carta para informarle la decisión.

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

Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre el plan

La información en este capítulo corresponde a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esta información no corresponde a los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.

Esperamos que nuestro plan le brinde un buen servicio. Si tiene un problema con la atención o el tratamiento que recibe de nuestro personal o proveedores, o no está conforme con la calidad de la atención o los servicios que le brindamos, llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-877-388-5195 , o escríbales. **El nombre formal para “realizar una queja” es “presentar un reclamo”.**

Puede pedirle a alguien de su confianza que presente la queja en su nombre. Si necesita ayuda debido a una discapacidad auditiva o de la vista, o si necesita servicios de transporte, podemos ayudarlo. No le complicaremos los trámites ni tomaremos decisiones en su contra por presentar una queja.

Cómo presentar una queja:

- **Por lo general, el primer paso consiste en llamar a Servicio de Atención al Cliente.** Si hay algo más que usted necesite hacer, el Servicio de Atención al Cliente se lo informará. Puede llamar al 1-877-388-5195, TTY: 711, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- Si no desea llamar (o si ya llamó y no está conforme con la solución brindada), **puede enviarnos su queja por escrito.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Para presentarla por escrito, llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-877-388-5195; TTY: 711, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Si llama fuera de horario de atención, deje un mensaje. Le devolveremos el llamado al siguiente día laboral. Si necesitamos más información para tomar una decisión, le informaremos.
- **Sea por teléfono o por escrito, debe comunicarse inmediatamente con Servicio de Atención al Cliente.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema que originó la queja.

¿Qué ocurre después?

- **Si es posible, le contestaremos de inmediato.** Si usted nos llama por una queja, podremos darle una respuesta en la misma llamada. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.
- **Respondemos la mayoría de las quejas en 30 días calendario.**
- Si presenta una queja debido a que denegamos su solicitud de una “autorización de servicio acelerada” o una “apelación rápida”, **le otorgaremos automáticamente una queja “rápida”.** Si consigue una queja “rápida”, significa que le brindaremos **una respuesta dentro de 24 horas.**
- Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- Sin embargo, si ya nos solicitó una autorización de servicio o presentó una apelación y considera que no respondemos con suficiente celeridad, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son ejemplos de cuándo puede presentar una queja:

- Si nos solicitó una “autorización de servicio acelerada” o una “apelación rápida” y rechazamos su solicitud.
- Si considera que no cumplimos los plazos para brindarle una autorización de servicio o una respuesta a una apelación que realizó.
- Cuando se revisa una decisión de cobertura y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos y usted considera que no estamos cumpliendo con los plazos.
- Cuando no le otorgamos una decisión en tiempo y forma y no enviamos su caso a la Oficina de Audiencias en el plazo requerido.
- **Si no estamos de acuerdo** de forma total o parcial con su queja o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su reclamo, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones que la justifiquen. Responderemos si estamos de acuerdo con la queja o no.

Apelaciones de quejas

Si no está de acuerdo con una decisión que tomó el plan sobre una queja relacionada con sus beneficios de Medicaid, usted o alguien de su confianza puede presentar una **apelación de la queja** ante el plan.

Cómo presentar una apelación de la queja

- Si no está conforme con nuestra decisión, tiene un mínimo de 60 días hábiles después de recibir nuestra decisión para presentar una apelación de la queja.
- Puede presentar la apelación por su cuenta o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación de la queja en su nombre.
- La apelación de la queja debe hacerse por escrito.
 - Si hace una apelación por teléfono, debe hacer un seguimiento por escrito.
 - Después de llamar, le enviaremos un formulario con el resumen de su apelación telefónica.
 - Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y devolvernos el formulario. Puede hacer los cambios necesarios antes de devolvernos el formulario.

Qué sucede luego de que recibamos su apelación de la queja:

Después de que recibamos su apelación de la queja, le enviaremos una carta en el plazo de 15 días hábiles. La carta le informará:

- quién está trabajando en la apelación de la queja;
- cómo contactar a esta persona;
- si necesitamos más información.

Una o más personas calificadas revisarán la apelación de la queja. Estos revisores tienen un rango superior que los revisores que tomaron la primera decisión sobre la queja.

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

Le informaremos nuestra decisión en el plazo de 30 días hábiles desde que tengamos toda la información necesaria.

Si una demora pudiera poner en riesgo su salud, le daremos nuestra decisión en 2 días hábiles desde que tengamos toda la información para decidir la apelación. Le explicaremos los motivos de nuestra decisión y nuestra lógica clínica, si corresponde.

Si sigue sin estar conforme, usted o alguien en su nombre puede presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del estado de New York, llamando al 1-866 712-7197.

Defensa del participante

La defensa del participante, llamada Red Independiente de Defensa al Consumidor (ICAN), es una organización independiente que proporciona servicios gratuitos de defensa a los beneficiarios de atención a largo plazo en el estado de New York. Pueden brindarle asesoría gratuita e independiente acerca de su cobertura, quejas y las opciones de apelación. El personal de la ICAN lo ayudará a manejar el proceso de apelación. También pueden ayudarlo antes de inscribirse en un plan MAP como Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). Esta ayuda incluye asesoramiento imparcial sobre la elección de planes de salud e información relacionada con el programa general. Comuníquese con la ICAN para obtener más información acerca de los servicios que ofrecen.

Teléfono: 1-844-614-8800 (Servicio de Retransmisión TTY: 711)

Sitio web: www.icannys.org | Correo Electrónico: ican@cssny.org

CANCELACIÓN DEL PROGRAMA INTEGRA SYNERGY MEDICAID ADVANTAGE PLUS (MAP) (HMO SNP)

No se podrá cancelar la inscripción de los miembros en el plan Medicaid Advantage Plus por ninguna de las siguientes razones:

Mucha utilización de los servicios médicos cubiertos, una afección existente o un cambio en la salud del inscrito, capacidad mental disminuida o comportamientos poco cooperativos o disruptivos que sean consecuencia de sus necesidades especiales, a menos que su comportamiento tenga como consecuencia que no sea elegible para Medicaid Advantage Plus.

Puede cancelar su inscripción voluntariamente.

Puede pedir la cancelación de su inscripción al Programa Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) en cualquier momento y por cualquier motivo.

Para solicitar la cancelación de la inscripción, llame al 1-877-388-5195. Puede tomar hasta seis semanas en ser procesada, dependiendo de cuándo se reciba su solicitud.

Puede cancelar su inscripción en Medicaid regular o unirse a otro plan de salud, siempre y cuando califique. Si sigue necesitando servicios de Atención a Largo Plazo basados en la Comunidad (CBLTC), como atención personal, debe unirse a otro plan MLTC o a un programa de exención basado en el hogar y la comunidad para poder recibir servicios de CBLTC.

Deberá dejar el programa Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) si:

- Ya no es miembro de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) por su cobertura de Medicare
- Ya no califica para Medicaid
- Necesita atención en un hogar de ancianos, pero no califica para Medicaid institucional.
- Ha estado fuera del área de servicio por más de 30 días consecutivos
- Se muda del área de servicio de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) permanentemente
- Ya no necesita un nivel de atención en un hogar de ancianos según el Sistema de Evaluación Uniforme (UAS) u otra herramienta diseñada por el Departamento de Salud del estado (State Department of Health, SDOH).
- Ya no califica para recibir un nivel de atención en un hogar de ancianos, según lo determinado en su evaluación integral mediante la herramienta indicada por el SDOH, a menos que el Contratista, o el Departamento de Servicios Sociales Local (Local Department of Social Services, LDSS) o la entidad designada por el Estado esté de acuerdo con que podría preverse razonablemente que la finalización de los servicios provistos por el Contratista causaría que el inscrito califique para el nivel de cuidado en un hogar de ancianos (según lo determinado mediante la herramienta indicada por el SDOH) en los próximos seis meses. El Contratista debe proporcionarle al LDSS o a la entidad designada por el Estado los resultados de su evaluación y recomendaciones en cuanto a seguir inscrito o cancelar la inscripción en el plazo de cinco (5) días hábiles desde la evaluación integral.
- En cualquier punto de la reevaluación mientras vive en la comunidad, se determina que ya no muestra una necesidad funcional o clínica para recibir servicios de CBLTC.
- Se identifica que su único servicio es Atención Social Diurna, se debe cancelar su inscripción en el plan MAP
- Se une a un programa de exención basado en el hogar y la comunidad, o está inscrito en un programa o se convierte en residente en un centro que cuenta con el auspicio de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) o la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias (OASAS).

Podemos pedirle que deje el plan

Le pediremos que deje Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) si:

- Usted, un familiar, una persona a cargo de su cuidado de manera informal o alguien más en el hogar presenta una conducta o comportamiento que afecta gravemente la capacidad del plan para brindar servicios.
- Proporciona información fraudulenta intencionalmente en un formulario de inscripción o permite el mal uso de una tarjeta de inscripción en el Programa MAP.
- No completa ni envía los formularios de consentimiento o divulgación necesarios.
- No paga ni coordina el pago del monto de dinero adeudado al plan, según lo determinado por los servicios sociales del distrito local, como obligación económica/excedente en el plazo de 30 días después del vencimiento de dicho monto. Siempre y cuando hayamos hecho todo lo razonablemente posible para cobrar el monto.

Antes de cancelar su inscripción involuntariamente, Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) obtendrá la aprobación de NYMC o la entidad designada por el Estado. La fecha de entrada

en vigencia de la cancelación de la inscripción será el primer día del mes siguiente al mes en el que se procesó la cancelación. Si sigue necesitando servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad, se le pedirá que elija otro plan o se le asignará a otro plan automáticamente para proporcionarle cobertura para los servicios necesarios.

Le avisaremos por correo si es necesario cancelar sus suscripción por alguno de los motivos mencionados anteriormente. Nuestro personal de administración de cuidados continuará proporcionando y coordinando los servicios cubiertos hasta la fecha en la que se haga efectiva la cancelación de la inscripción.

COMPETENCIA CULTURAL Y LINGÜÍSTICA

Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) honra sus creencias y es sensible a la diversidad cultural. Respetamos su cultura e identidad cultural y trabajamos para eliminar las desigualdades culturales. Tenemos una red de proveedores competente e inclusiva culturalmente y promovemos y aseguramos que los servicios se brinden a todos los inscritos de manera adecuada en relación a su cultura. Esto incluye, entre otros, a las personas con capacidades limitadas en inglés, provenientes de diversos contextos culturales y étnicos y de diversas comunidades religiosas.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) hará todo lo posible para asegurarse que todos los miembros reciban un trato digno y respetuoso. Cuando se inscriba, su Gestor de Atención le explicará sus derechos y responsabilidades. Si necesita servicios de interpretación, su Gestor de Atención los coordinará. El personal hará todo lo posible para asistirlo para que ejerza sus derechos.

Derechos del miembro

- Tiene derecho a recibir atención médicamente necesaria.
- Tiene derecho a acceder de manera oportuna a atención y servicios.
- Tiene derecho a privacidad acerca de su historial médico y de cuándo recibe tratamiento.
- Tiene derecho a obtener información sobre opciones de tratamiento y alternativas disponibles presentadas de una manera y en un idioma que le resulte comprensible.
- Tiene derecho a obtener información en un idioma que comprenda; puede obtener servicios de traducción verbal sin costo alguno.
- Tiene derecho a obtener la información necesaria para dar su consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.
- Tiene derecho a que lo traten con respeto y dignidad.
- Tiene derecho a obtener una copia de su historial médico y solicitar que estos se enmienden o se corrijan.
- Tiene derecho a participar en las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.

- Tiene derecho a estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tiene derecho a recibir atención sin distinción de sexo, raza, estado de salud, color, edad, origen nacional, orientación sexual, estado civil ni religión.
- Tiene derecho a que le digan dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de su plan de cuidados administrados a largo plazo, lo que incluye cómo puede obtener beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red si no están disponibles en la red del plan.
- Tiene derecho a quejarse ante el Departamento de Salud del estado de New York o su Departamento Local de Servicios Sociales, así como el derecho a utilizar el Sistema de Audiencia Imparcial del estado de New York o una apelación externa del estado de New York cuando corresponda.
- Tiene derecho a designar a alguien para que hable por usted sobre su atención y tratamiento.
- Tiene derecho a solicitar asistencia del programa de Defensa del Participante.

Responsabilidades del miembro

- Recibir los servicios cubiertos a través de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).
- Asistir a los proveedores de la red de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) para recibir los servicios cubiertos siempre que los proveedores de la red estén disponibles.
- Obtener autorización previa para los servicios cubiertos, excepto para los servicios cubiertos preaprobados o en emergencias. Ser atendido por su médico si presenta un cambio en su estado de salud.
- Compartir información completa y precisa con sus proveedores de atención médica.
- Informar al personal de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) cualquier cambio en su salud e indicar si no entiende o no puede seguir las instrucciones.
- Seguir el plan de atención recomendado por el personal de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) (con su aporte).
- Cooperar y ser respetuoso con el personal de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) y no discriminar al personal de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, edad, capacidad mental o física, orientación sexual o estado civil.

- Notificar a Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) en el plazo de dos días hábiles de haber recibido los servicios no cubiertos o no preaprobados.
- Notificar al equipo de atención médica de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) con anticipación cuando no estará en el hogar para recibir los servicios o la atención que se había coordinado.
- Informar a Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) antes de mudarse permanentemente del área de servicio o estar ausente por un tiempo prolongado del área de servicio.
- Sus decisiones en caso de rechazar el tratamiento o no seguir las indicaciones de la persona a cargo de su cuidado.
- Cumplir sus obligaciones financieras.

Directrices anticipadas

Las directrices anticipadas son documentos legales que garantizan que su pedidos se cumplan en el caso de que usted no pueda decidir por su cuenta. Las directrices anticipadas pueden ser un poder de atención médica, un testamento vital o una orden de no resucitar. Estos documentos pueden indicar la atención que desea en ciertas circunstancias o autorizar a un familiar o amigo específico a tomar decisiones en su nombre.

Tiene el derecho de definir cómo serán las directrices anticipadas. Lo más importante es que registre cómo quiere que siga su atención en el caso de no poder comunicarse con los proveedores y ser informado debido a una enfermedad o lesión. Comuníquese con su Gestor de Atención para recibir asistencia para completar estos documentos. Si ya tiene una directriz avanzada, envíe una copia de la misma a su Gestor de Atención.

Información disponible a pedido

- Información sobre la estructura y la operación de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).
- Los criterios de revisión clínica específicos relacionados con una afección de salud particular y otra información que Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) considere al autorizar los servicios.
- Las políticas y procedimientos sobre la protección de la información médica.
- Descripción escrita de los acuerdos institucionales y procedimientos continuos de garantía de calidad y programa de mejoras.
- Políticas de acreditación de proveedores.
- Una copia reciente del estado financiero certificado de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) y las políticas y procedimientos aplicados por Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) para determinar la elegibilidad de un proveedor.

NO DISCRIMINACIÓN

Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) cumple con las leyes civiles federales aplicables y no discrimina por raza, color, origen nacional, sexo, edad ni discapacidad. Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) no excluye a nadie ni lo trata de forma distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) presta los siguientes servicios:

- Ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarlos a comunicarse con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos); y
- Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) al (877) 388-5195 (TTY: 711)

Si cree que Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) no le proporcionó estos servicios o lo trató de forma distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a Integra por:

- Correo: Integra Managed Care, Inc.
Attn: Appeals & Grievances Department.
P.O. Box 18023
Hauppauge, NY 11788
- Teléfono: (877) 388-5195 (TTY: 711) de lunes a viernes
8:00 AM a 8:00 PM.

También puede presentar una queja de derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por:

- Sitio web: Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Correo: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- Teléfono: 1-800-868-1019 (TTY/TDD: 1-800-537-7697)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-388-5195; (TTY/TDD: 711).	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-388-5195; (TTY/TDD: 711).	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-877-388-5195; (TTY/TDD: 711)。	Chinese
اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمجان. اتصل برقم رقم هاتف الصم والبكم 1-877-388-5195 (TTY/TDD: 711)	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-877-388-5195, (TTY/TDD: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-388-5195 (телетайп: TTY/TDD: 711).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-388-5195; (TTY/TDD: 711).	Italian
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-388-5195; (TTY/TDD: 711).	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-388-5195; (TTY/TDD: 711).	French Creole
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט <1-877-388-5195 (TTY/TTD 711)	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-388-5195; (TTY/TDD: 711).	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-388-5195; (TTY/TDD: 711).	Tagalog
লক্ষ্য করুনঃ যদি আপদন বাংলা, কথা বলতে পাতেন, োহতল দনঃখেচায় ভাষা সহায়ো পদেতষবা উপলব্ধ আতো ফ ান করুন ১- 1-877-388-5195: (TTY/TDD: 711).	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-877-388-5195; (TTY/TDD: 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-877-388-5195; (TTY/TDD: 711).	Greek
بخدمت: گھر آپ اردو بولتے ہیں تو آپکو زبان کی مدد کی خدمات فہم ہیں سہیابی کال کریں (TTY/TTD: 711) 1-877-388-5195	Urdu