2026

homefirst®

Un producto de Elderplan



Manual para los miembros

H3347_EPSHF70315

Current as of 7/2/26

Información de contacto importante

Servicios para los Miembros y Equipos de Administración de la Atención de HomeFirst (número gratuito):
1-877-771-1119 (TTY: 711)
De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
www.elderplan.org/about-us/homefirst-managed-long-term-care/

Oficinas comunitarias de Elderplan/HomeFirst:
Citas disponibles los fines de semana. Llame al 1-866-360-1934

Oficina de Flushing (Queens)
36-59 Main Street, Flushing, NY 11354
Horario: de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.

Oficina de Washington Heights (Manhattan)
564 West 181st Street, New York, NY 10033
Horario: de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.

Oficina de Sunset Park (Brooklyn)
6405 7th Avenue, 2nd floor, Brooklyn NY 11220
Horario: de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.

Servicios dentales (DentaQuest)
1-844-231-8316 (TTY: 711)
De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

Servicios de la vista (Superior Vision)
1-844-353-2902 (TTY: 711)
De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 9:00 p.m.

Servicios auditivos (HearUSA)
1-800-442-8231
TTY/TDD: 1-888-300-3277
De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Medical Answering Services (MAS)
1-844-666 6270: si reside en uno de los cinco distritos municipales de la ciudad de New York, o en Nassau, Westchester o Putnam.

1-866-932-7740: si reside en los condados de Dutchess, Orange, Rockland, Sullivan o Ulster.
TTY: 711
De lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 6:00 p.m.
www.medanswering.com/

Public Partnerships, LLC (PPL)
1-833-247-5346
TTY: 1-833-204-9042
De lunes a sábados, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
pplfirst.com/programs/new-york/ny-consumer-directed-personal-assistance-program-cdpap/

Sugerencias para ayudarle con la atención de su salud

Siempre recuerde...

1. Decirles a su proveedor y a otros proveedores de atención médica que usted es miembro de HomeFirst.
2. Llamar a Servicios para los Miembros o a su equipo de administración de la atención cuando suceda lo siguiente:
   - Requiera un servicio cubierto por HomeFirst o necesite ayuda para obtener un servicio.
   - Tenga preguntas sobre si un servicio está cubierto según sus beneficios de atención a largo plazo.
3. Notificar a HomeFirst dentro de las 24 horas si lo ingresan al hospital.
4. Llevar su tarjeta de HomeFirst, las tarjetas de Medicare y Medicaid, y otras tarjetas de seguro médico que tenga cuando vea a su proveedor o a otros proveedores de atención médica.

Índice

Bienvenida al Plan HomeFirst de Atención Administrada a Largo Plazo 2
Acerca de HomeFirst 3
¿Qué es la atención médica administrada a largo plazo y cómo funciona? . . . 4
Obtener asistencia de Servicios para los Miembros 6
Elegibilidad para la inscripción en HomeFirst 8
Programa de Asesores Independientes de New York: proceso de evaluación inicial 9
Coordinación de la atención 14
Tarjeta de identificación de miembro de HomeFirst 17
Servicios cubiertos por HomeFirst 18
Obtener atención fuera del área de servicio 35
Servicios de emergencia 36
Procedimientos de cuidado de transición 37
Money Follows the Person (MFP)/Open Doors 37
Servicios de Medicaid no cubiertos por nuestro plan 38
Servicios no cubiertos por HomeFirst ni Medicaid 42
Cómo obtener servicios cubiertos 43
Autorizaciones de servicios, acciones y apelaciones de acciones 47
Quejas y apelaciones de quejas 61
Defensor de los participantes 64
Cancelación de la inscripción del Plan HomeFirst de MLTC 64
Competencia cultural y lingüística 70
Derechos y responsabilidades de los miembros 70
Directivas anticipadas 74
Fondos y pagos de HomeFirst 75
Información disponible a pedido 76
Aviso sobre prácticas de privacidad de HomeFirst 79

Bienvenida al Plan HomeFirst de Atención Administrada a Largo Plazo

Le damos la bienvenida a HomeFirst, un producto de Elderplan, y le agradecemos por elegirnos para satisfacer sus necesidades de atención a largo plazo. HomeFirst es uno de los planes de atención administrada a largo plazo más antiguos de New York. El Plan de Atención Administrada a Largo Plazo (MLTC) está diseñado especialmente para las personas que tienen Medicaid y que necesitan servicios y apoyos a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS), como atención en el hogar y atención personal, para continuar viviendo en sus hogares y comunidades tanto tiempo como sea posible.

En este manual se describen los beneficios adicionales que cubre HomeFirst debido a que usted se inscribe en el plan. En el manual también se le explica cómo solicitar un servicio, presentar una queja o cancelar su inscripción en HomeFirst. Guarde este manual como referencia, ya que incluye información importante sobre HomeFirst y las ventajas de nuestro plan. Necesita este manual para saber qué servicios están cubiertos y cómo obtenerlos.

Si desea obtener más información o tiene preguntas, comuníquese con nuestro equipo de Servicios para los Miembros al 1-877-771-1119, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Les recomendamos a usted y a su familia que desempeñen un papel activo en las decisiones sobre sus necesidades de atención a largo plazo. Queremos que desarrolle una relación continua con su equipo de administración de la atención y con su proveedor de atención primaria, quienes trabajan juntos para ayudarlo a recibir los servicios de atención médica en el centro, en la comunidad y en su hogar que usted necesita.

Gracias por elegir HomeFirst.

Acerca de HomeFirst

HomeFirst, un producto de Elderplan, es uno de los Planes de Atención Administrada a Largo Plazo (MLTC) más antiguos de New York. HomeFirst continúa con una tradición de compasión, dignidad y respeto que se remonta a 1907, cuando Las Cuatro Damas de Brooklyn, con el apoyo de beneficencia, brindaron a los miembros de la comunidad atención médica de calidad y un lugar seguro y cómodo para vivir cuando más lo necesitaban. HomeFirst, un plan de MLTC sin fines de lucro, establece un vínculo entre las personas y los recursos para planificar y brindarle servicios de atención médica accesibles y de alta calidad a usted.

Como una parte esencial de este esfuerzo, HomeFirst ha desarrollado una red respetada de proveedores del área que pueden brindar los servicios que usted puede necesitar.

Todos estos proveedores han sido seleccionados y acreditados por nosotros para garantizar que usted reciba atención de calidad.

Les recomendamos a nuestros miembros que participen activamente en su propia atención médica y les ofrecemos muchas opciones de servicios y lugares para colaborar con ese esfuerzo. Todo forma parte de nuestro compromiso con usted. Nuestro objetivo es ayudarlo a que viva de manera independiente, en su hogar, durante todo el tiempo que sea posible.

La inscripción en HomeFirst es totalmente voluntaria. Cuando se inscribe en HomeFirst, debe utilizar los proveedores de la red de HomeFirst y obtener la autorización del equipo de administración de la atención para los servicios cubiertos por HomeFirst.

¿Qué es la atención médica administrada a largo plazo y cómo funciona?

Los planes de atención administrada a largo plazo brindan, organizan y coordinan los servicios de atención a largo plazo de los miembros de manera capitativa. En HomeFirst, le ofrecemos una amplia selección de servicios cubiertos a través de los proveedores de nuestra red sin costo alguno para usted (consulte la sección **Servicios cubiertos por HomeFirst** en la página 18) y podemos coordinar otros servicios, incluidos los cubiertos por Medicare o Medicaid regular (consulte la página 38).

Como miembro de HomeFirst tendrá los siguientes beneficios:

- Coordinación de todos los servicios de atención médica con su(s) médico(s) y otros proveedores de atención médica.
- Un equipo de administración de la atención compuesto por un asesor de enfermería certificado, un administrador de atención y un representante de atención con experiencia en el cuidado de personas con necesidades médicas crónicas.
- Su equipo de administración de la atención trabajará con su médico y otros profesionales de atención médica para garantizar que reciba los servicios que necesita.
- Un plan de atención que usted, su equipo de administración de la atención y su(s) proveedor(es) diseñan específicamente para usted.
- Amplias opciones de servicios, incluidos servicios basados en la comunidad, preventivos y de rehabilitación.
- Un enfermero de guardia, que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para brindarle información, servicios de consulta de emergencia y respuesta en la comunidad, en caso de ser necesario.

Confidencialidad

Protegemos la privacidad de su información de salud personal. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal. HomeFirst toma su privacidad en serio. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

- Su "información de salud personal" incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina "Aviso sobre prácticas de privacidad", en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

Cómo protegemos la privacidad de su información de salud

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito.
- Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley. Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros. Usted tiene derecho a ver los registros médicos que el plan conserva y a obtener una copia de estos.

Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deberían realizar los cambios.

Usted tiene derecho a saber la manera en que se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, o si quiere obtener una copia del "Aviso sobre prácticas de privacidad" de nuestro plan, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-771-1119 (TTY: 711).

Obtener asistencia de Servicios para los Miembros

Puede llamar a Servicios para los Miembros de HomeFirst en cualquier momento, las 24 horas del día, los siete días de la semana, al número de Servicios para los Miembros que figura más abajo.

Hay alguien para ayudarlo en **Servicios para los Miembros**:
Llame al **1-877-771-1119 (TTY: 711)**,
de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

Si necesita ayuda después del horario laboral, durante el fin de semana o en un día feriado, un miembro de nuestro personal lo ayudará. Un enfermero de guardia responderá sus preguntas con respecto a su condición médica y lo ayudará a decidir cuál es el procedimiento adecuado. Además, puede derivarlo a un hospital, contactar a su médico o realizar un seguimiento si hay algún problema con un proveedor o servicio. Puede comunicarse con el mismo número de Servicios para los Miembros al 1-877-771-1119 (TTY: 711).

Nuestros representantes de Servicios para los Miembros están disponibles para ayudarlo en lo que necesite acerca de su membresía. Háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de los beneficios, servicios o procedimientos. Todas las ideas y sugerencias que pueda tener con respecto a HomeFirst son bienvenidas. Sus comentarios nos ayudan a mejorar los servicios que le brindamos.

Servicios de interpretación y traducción

HomeFirst cuenta con personal que habla diferentes idiomas, incluido el acceso a servicios de interpretación sin costo para usted. HomeFirst debe informarle que usted tiene derecho a recibir servicios de interpretación gratuitos si usted así lo solicita. Además, contamos con información escrita en los idiomas predominantes de nuestros miembros.

Actualmente, el material escrito está disponible en inglés, ruso, chino, bengalí, haitiano criollo, español, coreano, hindi, urdu, punjabi y árabe. Si requiere servicios de traducción, no dude en ponerse en contacto con Servicios para los Miembros llamando al 1-877-771-1119 (TTY: 711) y solicitar hablar con un intérprete o recibir material escrito en su idioma.

Servicios para los miembros con problemas auditivos

Los miembros con problemas auditivos con capacidad TTY/TDD que deseen comunicarse con un representante de Servicios para los Miembros deben llamar en primer lugar a un operador de retransmisión al 711. Luego, este facilitará las llamadas entre los usuarios de TTY/TDD y los usuarios de voz.

Servicios para los miembros con problemas visuales

HomeFirst también cuenta con materiales, como manuales para los miembros en braille, CD o cintas de audio, que están disponibles si aquellos miembros con problemas visuales lo solicitan. Póngase en contacto con Servicios para los Miembros para solicitar una copia. Si necesita que se le lea el manual o cualquier otro documento o formulario de HomeFirst, HomeFirst concertará una cita para poder llevar esto a cabo según su conveniencia.

Elegibilidad para la inscripción en HomeFirst

El Plan HomeFirst de Atención Administrada a Largo Plazo (MLTC) es para personas que tienen Medicaid. Usted es elegible para inscribirse en el plan de MLTC si cumple con lo siguiente:

1) Tiene 18 años o más.
2) Reside en el área de servicio del plan, que son los cinco distritos municipales de la ciudad de New York (condados de Manhattan, Brooklyn, Bronx, Queens, Staten Island), Nassau, Westchester, Dutchess, Putnam, Orange, Rockland, Sullivan y Ulster.
3) Es elegible para Medicaid completo según lo determinado por el Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS) o la Administración de Recursos Humanos (HRA).
4) Tiene Medicaid solo o tiene entre 18 y 20 años de edad y tiene Medicaid y Medicare y es elegible para el nivel de atención de un hogar de personas mayores.
5) Al momento de la inscripción, es capaz de regresar o permanecer en su hogar y en la comunidad sin poner en peligro su salud y seguridad.
6) Necesita al menos un servicio y apoyo a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS) durante más de 120 días consecutivos desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción, y lo siguiente:
   a. servicios de enfermería en el hogar;
   b. terapias en el hogar;
   c. servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar;
   d. servicios de atención personal en el hogar;
   e. atención médica diurna para adultos;
   f. atención de enfermería privada; o
   g. servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor.

7) Cumple con el requisito de necesidades mínimas a partir de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción:
   a. Al menos asistencia limitada con maniobras físicas con más de dos actividades de la vida diaria (ADL); o
   b. Personas con un diagnóstico de demencia o alzhéimer, evaluadas como que necesitan al menos supervisión con más de una ADL

Si se inscribió en el programa de MLTC a partir de agosto de 2025, se le otorgará el estado de miembro con legado del plan MLTC y se evaluará conforme a los criterios anteriores mientras permanezca inscrito de manera continua. Como resultado, no se le pedirá que cumpla con el requisito de necesidades mínimas en la reevaluación.

La cobertura que se describe en este manual entra en vigencia en la fecha de su inscripción en el Plan HomeFirst MLTC. La inscripción en el plan de MLTC es voluntaria.

Programa de Asesores Independientes de New York: proceso de evaluación inicial

El Departamento de Salud del Estado de New York utilizará el Programa de Asesores Independientes de New York (NYIAP), para respaldar el proceso de evaluación de todos los planes de atención a largo plazo. El NYIAP se encargará del proceso de evaluación inicial. El NYIAP comenzará las evaluaciones iniciales aceleradas en una fecha posterior. Para dar comienzo al proceso de evaluación inicial se debe completar lo siguiente:

- **Evaluación de salud comunitaria (CHA):** se utiliza para saber si usted precisa servicios de atención personal o servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (PCS/CDPAS) y es elegible para inscribirse en un plan de atención administrada a largo plazo.

- **Cita médica y orden del profesional (PO):** la PO registra su cita médica e indica lo siguiente:
  - que usted necesita ayuda con sus actividades diarias **y**
  - que su condición médica es estable, por lo que puede recibir PCS/CDPAS en su hogar.

Como parte de la CHA, el NYIAP también evaluará si cumple con uno de los requisitos de necesidades mínimas:

a. Necesitar al menos asistencia limitada con maniobras físicas con más de dos actividades de la vida diaria (ADL); o
b. Personas con un diagnóstico de demencia o alzhéimer, y que, según una evaluación, necesitan al menos supervisión con más de una ADL

Para calificar con base en un diagnóstico de enfermedad de Alzheimer o demencia, debe proporcionar un formulario DOH-5821 firmado por un médico y proporcionar el formulario completo al NYIAP.

El NYIAP programará la CHA y la cita médica. Un enfermero certificado (RN) y capacitado completará la CHA. Una vez realizada la CHA, un médico clínico del NYIAP completará una cita médica y una PO unos días más tarde.

HomeFirst usará los resultados de la CHA y la PO para conocer qué tipo de ayuda usted precisa para así crear un plan de atención. Si su plan de atención propone PCS/CDPAS por más de 12 horas por día en promedio, será necesaria una revisión por separado por parte del Panel de revisión independiente (IRP) de NYIAP. El IRP es un panel de profesionales médicos que revisarán su CHA, PO, plan de atención y cualquier otra documentación médica. Si se precisa más información, alguien del panel puede examinarlo o hablar con usted sobre sus necesidades. El IRP le comunicará a HomeFirst si el plan de atención cumple con sus necesidades.

Una vez que el NYIAP complete los pasos de la evaluación inicial y determine que usted es elegible para la atención administrada a largo plazo de Medicaid, usted elige en qué plan de atención administrada a largo plazo inscribirse.

Inscripción

Para apoyarlo en su proceso de inscripción en nuestro plan, un representante de inscripción de HomeFirst lo ayudará a programar una cita con nuestro enfermero de inscripción. Le pedirán que comparta sus tarjetas de seguro con nuestro enfermero de inscripción, entre ellas sus tarjetas de Medicaid y Medicare, si reúne los requisitos. Esto le permitirá a nuestro enfermero de inscripción revisar su historia de atención médica o la evaluación del NYIAP para determinar cuáles son sus necesidades de plan de atención. Con base en esta información, desarrollaremos un plan de atención personalizado y detallado que se adapte mejor a sus necesidades de atención médica. También revisaremos este plan con usted, recopilaremos sus comentarios y responderemos cualquier pregunta que pueda tener.

Si está interesado en inscribirse en HomeFirst, se le requerirá que firme una autorización para proveer información médica. El enfermero de HomeFirst requiere una autorización para proveer información médica firmada para realizar el seguimiento con su médico y otros proveedores de salud con el fin de desarrollar su plan de atención personalizado. Su plan de atención se desarrollará con su ayuda, la de sus personas de apoyo informales y la de su médico/proveedor. Luego, HomeFirst podrá establecer y coordinar los servicios incluidos en su plan de atención personalizado. Los servicios de atención diurna social pueden contribuir a su plan de atención personalizado, pero no pueden ser el único servicio que reciba.

Si elige inscribirse en HomeFirst y transferirse desde un plan de atención administrada de Medicaid común y es beneficiario exclusivo de Medicaid, tanto usted como su proveedor deben completar el formulario de solicitud de evaluación del NYIAP requerido antes de que se pueda programar la

evaluación del NYIAP. En este formulario, tanto usted como su proveedor de atención primaria, el enfermero practicante o el auxiliar médico deben declarar que usted necesita por lo menos uno de los siguientes servicios exclusivos de los planes de atención administrada a largo plazo: atención diurna social, apoyo social y ambiental o entrega de comidas a domicilio. Sin este formulario firmado, usted no podrá programar una evaluación del NYIAP ni inscribirse en un plan de atención administrada a largo plazo como HomeFirst.

Para concluir con el proceso de solicitud de inscripción, deberá firmar un Acuerdo de Inscripción. Se requiere una divulgación de información firmada para completar su solicitud.

La inscripción comenzará el primer (1.er) día del mes. Todas las inscripciones están sujetas a la aprobación del LDSS o New York Medicaid Choice. Las solicitudes de inscripción enviadas al LDSS o a New York Medicaid Choice antes del mediodía del día veinte (20) del mes se aceptarán para la inscripción en el primer (1.er) día del siguiente mes si la solicitud está completa y su servicio de Medicaid está activo. Si el día veinte (20) del mes es feriado o fin de semana, la solicitud de inscripción se enviará antes del mediodía del día laboral anterior.

Solicitud de retiro de la inscripción

Si decide no continuar con la solicitud, se considerará como un retiro de la solicitud. Puede retirar su solicitud o acuerdo de inscripción antes del mediodía del día veinte (20) del mes anterior a la fecha de entrada en vigencia de la inscripción comunicando su deseo de hacerlo de manera oral o escrita.

Si decide retirar su solicitud y

- **Tiene doble elegibilidad:** debe elegir otro plan de atención administrada a largo plazo para seguir recibiendo servicios de atención a largo plazo, como atención personal. Ya no puede volver a Medicaid Fee for Service a través del LDSS o la HRA.

- **Es elegible solo para Medicaid:** debe elegir otro plan de atención administrada a largo plazo, un plan de atención administrada de Medicaid o un servicio exento a fin de recibir servicios de atención a largo plazo. Ya no puede volver al plan de pago por servicio de Medicaid para atención a largo plazo a través del LDSS o la HRA.

Negación de la inscripción

HomeFirst le comunicará si usted no es elegible según los criterios de elegibilidad basados en la edad, ubicación geográfica de residencia o elegibilidad de Medicaid. Si no está de acuerdo con la decisión de HomeFirst, puede continuar solicitando la inscripción. La información recopilada hasta este momento se reenviará a New York Medicaid Choice, y ellos tomarán la decisión final acerca de su elegibilidad.

Se le negará la inscripción si, luego de comenzar con el proceso de solicitud de inscripción, se determina que usted no es elegible para el nivel de atención de un hogar de personas mayores, si tiene entre 18 y 20 años y cuenta con una doble elegibilidad (Medicare y Medicaid), o si tiene más de 18 años y es elegible solo para Medicaid.

- Se le negará la inscripción si, luego de comenzar con el proceso de solicitud de inscripción, se determina que usted no requiere los servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad ofrecidos por HomeFirst durante más de ciento veinte (120) días consecutivos desde la fecha de inscripción.
- Se le negará la inscripción si, luego de comenzar con el proceso de solicitud de inscripción, se determina que usted no puede regresar a su hogar y su comunidad o permanecer en ellos sin poner en peligro su salud y seguridad.

Usted puede retirar su solicitud antes de que New York Medicaid Choice procese la recomendación para la negación de la inscripción comunicando su deseo de hacerlo de manera oral o escrita.

Si HomeFirst o una entidad designada por el Departamento de Salud determina que usted no cumple con uno o más de los requisitos de elegibilidad, se recomendará la negación de la inscripción, y se lo notificarán por escrito. Solo se le negará la inscripción en HomeFirst si New York Medicaid Choice concuerda con la decisión de HomeFirst de que usted no es elegible.

Coordinación de la atención

Al inscribirse, a cada miembro se le asigna un equipo de administración de la atención que incluye un asesor de enfermería certificado, un administrador de atención y coordinadores de atención. Este equipo es responsable de coordinar su atención continua y de proporcionarle una experiencia de planificación de servicios de alta calidad centrada en la persona.

Plan de servicio centrado en la persona (PCSP)

Su plan de servicio centrado en la persona (PCSP) se debe elaborar con usted y aquellas personas que seleccione para participar en la planificación y la prestación del servicio, incluidos los proveedores de servicios y las personas de apoyo informales que elija. Nuestros administradores de atención hablarán con usted acerca de sus preferencias culturales y la variedad de servicios (como el alcance, la duración, la cantidad y la frecuencia) para desarrollar este plan. Tiene la facultad de dirigir su propio plan de atención. Los servicios no se planificarán ni autorizarán hasta que nuestro administrador de atención se reúna y colabore con usted. Debe firmar el PCSP completo; usted recibirá una copia y HomeFirst debe conservar la otra copia firmada.

Su equipo de administración de la atención trabajará junto a usted, a las personas de apoyo informales y a su proveedor de atención primaria para garantizar que reciba el nivel de servicios adecuado sobre la base de sus necesidades médicas y psicosociales, su nivel funcional y los sistemas

de apoyo actuales y únicos. Su equipo de administración de la atención coordinará todas sus necesidades de atención médica para los servicios cubiertos y no cubiertos, y cualquier otro servicio proporcionado por otros proveedores, recursos de la comunidad y personas de apoyo informales.

Un profesional de atención médica le ayudará a solicitar cualquier derecho y otros beneficios para los que usted es elegible, así como también a mantener la elegibilidad a través del proceso de certificación de todos los derechos. El asesor de enfermería, como miembro de su equipo de administración de la atención, le hará una consulta a domicilio todos los años para completar una evaluación integral de su salud e identificar todos los cambios o necesidades que usted pueda tener. Pueden organizarse consultas a domicilio adicionales según lo determine su equipo de administración de la atención, a solicitud de su proveedor o en función de cambios en sus condiciones médicas. Trabajaremos de manera conjunta con su médico o proveedor, quien está notificado sobre su plan de atención, así como también con otros profesionales de atención médica para garantizar que reciba los servicios que necesita.

Después de la evaluación inicial y de desarrollar el plan con usted, nuestro equipo de administración de la atención le enviará el PCSP al momento de la inscripción. Nuestros administradores de atención también colaborarán con usted para revisar este plan cada vez que necesite reevaluarse.

Función de Servicios para los Miembros

Los representantes de Servicios para los Miembros están disponibles por teléfono para ayudarlo con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a HomeFirst, incluidos los beneficios y servicios que están cubiertos o no. Puede comunicarse con Servicios para los Miembros al 1-877-771-1119 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Servicios para los Miembros trabajará con su equipo de administración de la atención para programar sus citas y pedir los suministros y servicios que usted necesite. Además, trabajará con su equipo de administración de la atención y con los proveedores de servicios para garantizar que

reciba los servicios que necesita o para resolver cualquier problema que tenga con los servicios. Los representantes de Servicios para los Miembros pueden responder la mayoría de sus preguntas con respecto a su plan de atención. Si es necesario, ellos se asegurarán de que su equipo de administración de la atención se ponga en contacto con usted y le explique todas las preguntas médicas que pueda tener.

Cómo elegir a su proveedor de atención primaria

Con HomeFirst, usted continúa utilizando su proveedor de atención primaria. Su equipo de administración de la atención trabajará con su proveedor de atención primaria para coordinar todas sus necesidades de atención médica. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, podemos ayudarlo a localizar uno en la comunidad que cumpla con nuestros estándares de calidad.

Cómo elegir a sus proveedores de atención médica

No podemos restringir su capacidad de elegir proveedores de servicio fuera de la red para sus beneficios cubiertos por Medicare. Sin embargo, creemos que lo más conveniente para usted es usar nuestros proveedores de la red. Debido a que estos proveedores de la red tienen una obligación contractual con HomeFirst, tenemos la capacidad de controlar sus servicios y hacerlos responsables de acuerdo con nuestros estándares profesionales. Si sus beneficios de Medicare se agotan y Medicaid se transforma en el pagador principal de un servicio cubierto, usted necesitará cambiarse a uno de nuestros proveedores de la red.

Como miembro de HomeFirst, usted puede obtener una autorización previa para un proveedor de atención médica fuera de la red en caso de que HomeFirst no cuente con un proveedor con experiencia o capacitación adecuadas para satisfacer sus necesidades. En caso de que usted requiera un proveedor fuera de la red, comuníquese con su equipo de administración de la atención para que lo ayuden a obtener una autorización previa. Consulte la sección **Autorizaciones de servicios, acciones y apelaciones de acciones** en la página 47 para obtener más información.

Remisiones a proveedores fuera de la red de proveedores de HomeFirst

Si la red no cuenta con un proveedor experimentado o capacitado adecuadamente para la atención especializada que usted requiere, su equipo de administración de la atención lo ayudará en la organización de la atención con el especialista apropiado (como un odontólogo especializado) al trabajar con su proveedor.

Cuando utiliza un proveedor fuera de la red de HomeFirst para servicios cubiertos, debe obtener una autorización antes de ver al proveedor. Si no obtiene primero la autorización requerida, no se le pagará al proveedor por sus servicios.

No se requiere autorización previa de HomeFirst si los servicios que necesita están cubiertos por Medicaid Fee for Service o si Medicare es el pagador principal de un servicio cubierto. Si tiene preguntas con respecto a los servicios cubiertos por Medicare, comuníquese con Servicios para los Miembros al 1-877-771-1119 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

Cómo cambiar de proveedor

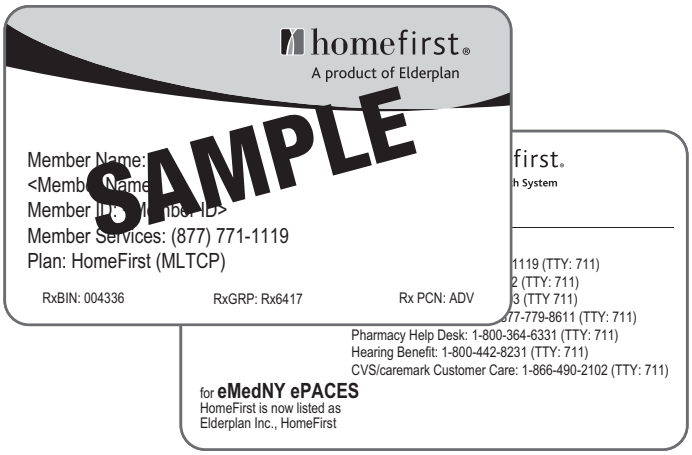
Para cambiar de proveedor, debe informar a HomeFirst de su deseo de realizar ese cambio. Para hacerlo, simplemente llame a Servicios para los Miembros al 1-877-771-1119, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m., (TTY: 711). El cambio entrará en vigencia de inmediato.

Tarjeta de identificación de miembro de HomeFirst

Una vez inscrito, se le asignará un equipo de administración de la atención y se le enviará una tarjeta de identificación del miembro de HomeFirst. Recibirá su tarjeta de identificación dentro de los 10 días posteriores a su período de inscripción efectivo. Verifique que toda la información sea correcta en su tarjeta.

Su tarjeta de identificación de miembro de HomeFirst lo identifica como nuestro miembro y debe llevarla en todo momento junto con las tarjetas de Medicaid, Medicare y de todos los otros seguros de salud. Necesitará su tarjeta de identificación de miembro de HomeFirst para acceder a ciertos servicios que estén autorizados por HomeFirst.

Tarjeta de identificación de miembro de HomeFirst



Si pierde o le roban su tarjeta, comuníquese con Servicios para los Miembros al 1-877-771-1119 (TTY: 711).

Servicios cubiertos por HomeFirst

Servicios de administración de la atención

Como miembro de nuestro plan, obtendrá Servicios de administración de la atención. Nuestro plan le proporcionará un administrador de atención que es un profesional de atención médica, generalmente un enfermero o un trabajador social. Su administrador de atención trabajará con usted y su médico para decidir los servicios que necesita y desarrollar un plan de atención. Su administrador de atención también organizará citas para cualquier servicio que necesite y lo apoyará en la organización del transporte hacia esos servicios. Consulte la sección **Coordinación de la atención** en la página 14 para obtener más información.

Servicios cubiertos adicionales

HomeFirst ofrece una amplia variedad de servicios de atención médica en el centro, el hogar y la comunidad, y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS). Los servicios y apoyos a largo plazo son servicios de apoyo y atención médica que se les proporcionan a personas de todas las edades con limitaciones funcionales o enfermedades crónicas que requieren asistencia con las tareas de la vida diaria, como bañarse, vestirse, preparar las comidas y administrar los medicamentos.

Debido a que usted tiene Medicaid y califica para MLTC, HomeFirst organizará y pagará los servicios sociales y de salud que se describen a continuación. Puede recibir estos servicios siempre que sean médicamente necesarios, es decir, cuando sean necesarios para evitar o tratar su enfermedad o discapacidad. Su administrador de atención le ayudará a identificar los servicios y proveedores que necesita. En algunos casos, es posible que necesite una remisión o una orden de su médico para obtener estos servicios. Debe obtener estos servicios de los proveedores que pertenecen a la red de HomeFirst. Consulte la sección **Coordinación de la atención** en la página 14 para obtener información sobre cómo solicitar servicios de un proveedor que no pertenece a nuestra red.

Tabla de servicios cubiertos

Administración de la atención	Un proceso para ayudar al miembro a acceder a los servicios cubiertos necesarios según lo que se identifique en el plan de servicio centrado en la persona (PCSP). Los servicios de administración de la atención incluyen remisiones a proveedores dentro de la red, asistencia en la obtención de los servicios o la coordinación de los servicios paraque el miembro obtenga los servicios médicos, sociales, educativos, psicosociales, financieros y de otro tipo necesarios en favor del PCSP, independientemente de si los servicios necesarios están incluidos en los beneficios.

Atención en un hogar de personas mayores	Atención brindada a los miembros por una instalación autorizada. Consulte los detalles de atención en un hogar de personas mayores en la página 46 para obtener más información.
Cuidados en el hogar **a.** Enfermería **b.** Auxiliar de atención de la salud en el hogar **c.** Fisioterapia (PT) **d.** Terapia ocupacional (OT) **e.** Patología del habla y del lenguaje (SP) **f.** Servicios médicos y sociales	Incluye atención médica de apoyo o guía de salud, de rehabilitación, terapéutica y preventiva. Se requiere autorización previa.
Servicios de atención personal (PCS)	Atención que se brinda como ayuda parcial o total para realizar actividades como higiene personal, vestirse y alimentarse, y para tareas funcionales de apoyo nutricional o ambiental realizadas por otra persona. La atención personal debe ser médicamente necesaria y proporcionada por una persona calificada de acuerdo con el plan de atención. Se requiere autorización previa.

Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS)	Los servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS) son la prestación de asistencia con servicios de atención personal, servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar y tareas de enfermería especializada por parte de un asistente personal dirigido por el consumidor. El miembro o su representante designado es responsable de supervisar y dirigir a este asistente personal. Para obtener más información sobre los CDPAS, comuníquese con su asesor de enfermería o administrador de atención. Un asistente personal de CDPAS puede ser un amigo, un familiar o alguien que el miembro elija. Sin embargo, un asistente personal de CDPAS no puede ser alguien que sea legalmente responsable del miembro, un cónyuge o la persona de respaldo y seguridad responsable del miembro. El miembro o el representante designado es responsable de contratar, capacitar, supervisar y, si es necesario, terminar la relación laboral del auxiliar. Se requiere una orden del médico y autorización previa.

Equipo médico duradero (DME)	Dispositivos y equipos, que no sean protésicos, ortésicos o calzado ortopédico, que hayan sido solicitados por un profesional para el tratamiento de una condición médica específica. Entre ellos se encuentran el equipo médico y las baterías para audífonos. Se requiere autorización previa.
Suministros médicos/ quirúrgicos	Productos para uso médico que no sean medicamentos, dispositivos protésicos, ortésicos, equipo médico duradero ni calzado ortopédico. Incluye la cobertura de fórmulas nutricionales enterales, que se limita a la alimentación por sonda y a enfermedades metabólicas congénitas, y suplementos nutricionales orales. Para los miembros de entre 18 y 21 años, las fórmulas orales están cubiertas cuando los nutrientes calóricos y dietarios no se pueden absorber o metabolizar. Se requiere autorización previa.
Dispositivos protésicos y ortésicos	Incluye calzado ortopédico y dispositivos protésicos y ortésicos. Se requiere autorización previa.

Alquiler de sistemas personales de respuesta ante emergencias (PERS)	PERS es un dispositivo electrónico que permite que determinados pacientes de alto riesgo obtengan ayuda en caso de emergencia física, emocional o ambiental. Se requiere autorización previa.
Podiatría	Incluye atención de rutina de los pies cuando la condición física del miembro presenta un peligro debido a la presencia de una enfermedad, lesión o síntomas localizados en el pie; o cuando se realiza por necesidad y como parte integral de la atención médica, tal como el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes, úlceras e infecciones. La atención de higiene de rutina de los pies, el tratamiento de durezas y callos, el recorte de las uñas y otra atención de higiene, como la limpieza o el remojo de los pies, no se encuentran cubiertos si no existe una condición médica. Se requiere autorización previa.

Servicios dentales	Incluye, entre otros, atención dental preventiva, profiláctica y de otro tipo, servicios y suministros, exámenes de rutina, profilaxis, cirugía oral y dispositivos dentales protésicos y ortésicos para aliviar una condición médica grave. También incluye cobertura de coronas y endodoncias en determinadas circunstancias para que pueda conservar más dientes naturales. Para las prótesis dentales y los implantes de sustitución, solo se necesitará una recomendación (no una remisión) del dentista para determinar la necesidad médica. DentaQuest es el proveedor dental de HomeFirst. Comuníquese con DentaQuest al 1-844-231-8316 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de HomeFirst cuando acuda a su dentista o cada vez que acceda a beneficios dentales. No recibirá una tarjeta de identificación dental por separado. Se puede requerir autorización previa.

Optometría/anteojos	Incluye los servicios de un optometrista y de un óptico, y anteojos, lentes de contacto y lentes de policarbonato médicamente necesarios, ojos artificiales (común y corrientes o hechos a la medida) y servicios para la baja visión. Los exámenes de la vista para detectar defectos visuales y enfermedades oculares también están cubiertos. Los exámenes que incluyen refracción se limitan a uno cada dos (2) años, a menos que se justifique lo contrario por ser médicamente necesario. Superior Vision es el proveedor de servicios oftalmológicos de HomeFirst. Comuníquese con Superior Vision al 1-844-353-2902 (TTY 711) sin cargo, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 9:00 p.m. Los servicios oftalmológicos de rutina no requieren autorización. Para los servicios médicamente necesarios, es posible que se necesite autorización previa.
Terapia de rehabilitación para pacientes externos: fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT), patología del habla y del lenguaje (SP) u otras terapias de rehabilitación proporcionadas en un lugar que no sea el hogar	Servicios de rehabilitación proporcionados por un terapeuta autorizado y certificado con el propósito de reducir al máximo la discapacidad mental o física y lograr la recuperación del miembro a su mejor nivel funcional, y proporcionados en un lugar que no sea el hogar. HomeFirst cubrirá las consultas médicamente necesarias de PT, OT y SP que estén indicadas por un médico u otro profesional con licencia. Se requiere autorización previa.

Nutrición	Evaluación de las necesidades nutricionales y los patrones alimentarios, planificación de la administración adecuada de alimentos y bebidas acorde a las necesidades médicas y físicas de la persona y las condiciones ambientales, o prestación de educación y asesoramiento nutricionales para satisfacer la necesidades normales y terapéuticas. Se requiere autorización previa.
Atención de enfermería privada	Servicios médicamente necesarios proporcionados a miembros en sus lugares de residencia permanente o temporal por parte de enfermeros profesionales matriculados y debidamente certificados o enfermeros prácticos certificados (RN o LPN) de conformidad con las órdenes de un médico. Los servicios de atención de enfermería privada pueden ser continuos y extenderse más allá del alcance de la atención disponible de una agencia de atención médica en el hogar (CHHA) certificada. Se requiere autorización previa.
Entrega de comidas a domicilio o comidas en lugares de congregación	Comidas proporcionadas a los miembros que no pueden planear, comprar o preparar estas comidas debido a enfermedad, discapacidad o edad avanzada. Las comidas pueden entregarse en el hogar o en lugares de congregación (p. ej., centros para personas de edad avanzada). Se requiere autorización previa.

Atención médica diurna para adultos	Atención y servicios brindados en un centro de atención médica residencial o centro de extensión aprobado. Incluye los siguientes servicios: médicos, dentales, farmacéuticos, de enfermería, de alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de ocio y otros servicios auxiliares. Se requiere autorización previa.
Servicios de atención diurna social	Programa integral y estructurado que les brinda a las personas que padecen una discapacidad funcional servicios de socialización, supervisión y control, atención personal y nutrición en un entorno de protección durante cualquier momento del día, pero durante menos de 24 horas. Se requiere autorización previa.
Apoyos sociales y ambientales	Servicios y productos que respaldan sus necesidades médicas y que incluyen, entre otros, tareas de mantenimiento del hogar, servicios de empleada/tareas domésticas, mejoras de la vivienda y cuidado de relevo. Se requiere autorización previa.

Terapia respiratoria	La terapia respiratoria se utiliza para tratar enfermedades respiratorias crónicas y agudas. Estos servicios deben ser proporcionados por un terapeuta respiratorio calificado. El tratamiento incluiría la realización de técnicas y procedimientos preventivos, de mantenimiento y de rehabilitación relacionados con las vías respiratorias, que incluyen la aplicación de gases médicos, humedad y aerosoles, presión positiva continua, ventilación artificial permanente, la administración de medicamentos a través de inhalación y gestión de las vías respiratorias, atención del paciente, indicaciones sobre pacientes y provisión de asesoramiento para otro personal de la salud. Su médico proporcionaría una orden médica para tratar sus condiciones especificadas. Se requiere autorización previa.
Audiología/audífonos	Incluye evaluación o prueba audiométrica, evaluaciones de audífonos, evaluaciones de ajuste, y receta, adaptación, entrega y reparación de audífonos. Se requiere autorización previa.

Telesalud	Los servicios brindados a través de telesalud son proporcionados por los proveedores de telesalud con tecnologías de comunicación e información electrónicas para proveer servicios de atención médica, que incluyen la evaluación, el diagnóstico, el asesoramiento, el tratamiento, la educación, la administración de la atención o el autocontrol de un miembro. La telesalud no incluye la prestación de servicios de atención médica por medio de comunicaciones telefónicas de audio, fax o mensajes electrónicos únicamente, aunque el uso de estas tecnologías no queda descartado si se las combina con la telemedicina, la tecnología de almacenamiento y retransmisión, o el monitoreo remoto del paciente. No se requiere autorización previa.
Beneficios de hogares para veteranos	Cada veterano, cónyuge de un veterano o padre de un miembro "Gold Star" que necesite ubicación en un hogar a largo plazo es elegible para el beneficio de hogares para veteranos y será notificado por HomeFirst sobre la disponibilidad en la red. Si HomeFirst no opera en un área con un hogar accesible para veteranos, o no tiene uno en su red, usted será remitido al corredor de inscripciones. Se requiere autorización previa.

Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS)

Public Partnerships LLC (PPL) es el único intermediario fiscal estatal en New York. PPL es la única entidad que puede proporcionarle servicios de CDPAS. Si tiene un familiar o amigo que quiera ser su asistente personal, entonces esta persona deberá registrarse en PPL.

PPL también cuenta con una red de facilitadores del programa de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAP) que pueden ayudarle a usted o a su asistente personal. Se trata de organizaciones comunitarias ubicadas en todo New York y con ubicaciones para que acuda de forma presencial.
Visite: **pplfirst.com/cdpap-facilitators/** para obtener más información.

También puede comunicarse con PPL por teléfono si así lo prefiere. Puede llamar a PPL si habla los siguientes idiomas:

Idioma	Número de teléfono	Horario de atención:
Inglés (o para otros idiomas)	1-833-247-5346	De lunes a sábado, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Español	1-833-281-0927	De lunes a sábado, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Chino	1-833-279-3467	De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
Árabe	1-833-279-4829	De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
Haitiano criollo	1-833-279-3513	De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
Urdu	1-833-281-3277	De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

Para TTY, marque 1-833-204-9042

PPL también ofrece servicios de traducción especializados a más de 300 idiomas. Visite: **pplfirst.com/programs/new-york/ny-consumer-directed-personal-assistance-program-cdpap/** para obtener más información.

Red de atención social

Puede recibir pruebas de detección y remisiones a los servicios locales, estatales y federales que existen a través de las redes regionales de atención social (SCN). Si es elegible, estos grupos locales pueden conectarlo con servicios en su comunidad para ayudarle con la vivienda, el transporte, la educación, el empleo y la administración de la atención, sin costo para usted.

- Después de realizar una evaluación a través de esta SCN, usted y cualquier miembro interesado de su hogar pueden reunirse con un coordinador de atención social que puede confirmar la elegibilidad para los servicios que pueden ayudarle con su salud y bienestar personales. Es posible que le pidan a usted o a los miembros de su hogar documentación de respaldo para determinar dónde se puede necesitar más apoyo.
- Si usted u otro miembro de su hogar califica para los servicios, el coordinador de atención social puede trabajar con usted para que obtenga el apoyo necesario. Puede reunir los requisitos para más de un servicio, según la elegibilidad individual. Estos servicios incluyen los siguientes:
  - Apoyo con la vivienda y los servicios públicos:
    - Instalación de modificaciones en el hogar como rampas, pasamanos, barras de apoyo, pasillos, abrepuertas eléctricos, ampliación de puertas, manijas de puertas y armarios, instalaciones de baño, armarios de cocina o lavabos y superficies antideslizantes para que su hogar sea accesible y seguro.
    - Servicios de eliminación de moho, plagas y factores que agravan el asma.
    - Entrega de un aire acondicionado, un calefactor, un humidificador o un deshumidificador para ayudar a mejorar la ventilación de su hogar.
    - Entrega de unidades de refrigeración pequeñas necesarias para el tratamiento médico.
    - Ayuda para encontrar y solicitar una vivienda segura y estable en la comunidad, lo que puede incluir asistencia con la renta y los servicios públicos.

NOTA: es posible que su plan cubra algunos servicios de vivienda. Por lo tanto, para algunos servicios de vivienda, el coordinador de atención social y el administrador de atención de su plan de salud deberán ponerse de acuerdo.

- – Servicios de transporte:
  - Ayuda con el acceso al transporte público o privado para ir a lugares aprobados por la SCN, como a una entrevista de trabajo, a clases de crianza, al tribunal de vivienda para evitar el desalojo, mercados de agricultores locales y a oficinas de departamentos de la ciudad o del estado para obtener documentos importantes.
- – Servicios de administración de la atención
  - Obtener ayuda para encontrar trabajo o un programa de formación laboral, solicitar beneficios públicos, gestionar sus finanzas y mucho más.
  - Ponerse en contacto con servicios como guarderías, asesoramiento, intervención en crisis, programa de residencias de salud y otros.

Cómo ponerse en contacto con una SCN en su área:

1. Puede llamar a HomeFirst al 1-877-771-1119 (TTY: 711) y lo pondremos en contacto con una SCN en su área.
2. Puede llamar a la SCN en su condado y solicitar una prueba de detección o más información. Consulte la información de contacto de las SCN en la tabla a continuación.
3. También puede visitar su sitio web para iniciar una autoevaluación.

Una vez que se ponga en contacto con la SCN, un coordinador de atención social le hará preguntas y le solicitará documentación de respaldo (si es necesario) para confirmar su elegibilidad. Además, le brindará más información sobre los servicios elegibles y le ayudará a conectarse con ellos.

SCN	Condados	Número de teléfono
Health Equity Alliance of Long Island	Nassau	1-516-505-4434
	healiny.org/	
Hudson Valley Care Coalition, Inc.	Dutchess, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan, Ulster, Westchester	1-914-215-5292
	hudsonvalleycare.org/services/hudson-valleys-social-care-network/	
Public Health Solutions	Manhattan, Queens, Brooklyn	1-888-755-5045
	wholeyou.nyc/	
Staten Island Performing Provider System	Richmond Brooklyn: 11209, 11219, 11220, 11228 Queens: 11355, 11368, 11373, 11377	1-917-830-1140
	statenislandpps.org/social-care-network/	
Somos Healthcare Providers, Inc.	Bronx	1-833-SOMOSNY (1-833-766-6769)
	somoscommunitycare.org/social-care-network/	

Las SCN procurarán que estos servicios estén disponibles hasta el 3/31/27 o más tarde, según la guía del Departamento de Salud (DOH).

Detalles de los servicios cubiertos adicionales

Todos los servicios cubiertos son brindados o contratados por HomeFirst. Verifique la red actual de proveedores en los materiales de inscripción de HomeFirst, visite el sitio web de HomeFirst en **elderplan.org/member-benefits/homefirst-benefits/homefirst-provider-network/** o llame a Servicios para los Miembros para obtener una lista de los proveedores de la red si no puede encontrar uno. Su proveedor debe obtener autorización de HomeFirst para ciertos servicios cubiertos. HomeFirst hará todo el esfuerzo para autorizar los servicios tan pronto como su condición lo requiera.

Al inscribirse, usted recibirá una tarjeta de identificación del miembro de HomeFirst. Es importante que la lleve consigo todo el tiempo. Como miembro de HomeFirst, usted no es responsable de pagar los servicios cubiertos de los proveedores de la red cuando se siga el procedimiento de autorización previa. En caso de que usted reciba una factura directamente de un proveedor de la red, debe notificarle a HomeFirst. Nos pondremos en contacto con el proveedor de la red para corregir el error.

Los miembros de HomeFirst pueden autorremitirse a los siguientes servicios en las clínicas mencionadas en el artículo 28.

- Servicios oftalmológicos: afiliados con la Facultad de Optometría de la Universidad Estatal de New York
- Servicios dentales: realizados por centros médicos académicos

HomeFirst puede cubrir suplementos orales si el miembro cumple con los criterios de elegibilidad y recibe una autorización previa del plan. La cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limita a las personas que no pueden obtener nutrición a través de ningún otro medio y a las siguientes condiciones:

1. personas alimentadas a través de sondas que no pueden masticar o tragar alimentos y deben recibir nutrición a través de una fórmula utilizando una sonda; **y**
2. personas que tienen enfermedades metabólicas congénitas raras que requieren fórmulas médicas específicas para brindarles los nutrientes esenciales que no pueden recibir mediante ningún otro medio.

La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos debe incluir productos alimenticios sólidos modificados que tengan un bajo contenido de proteínas o que contengan proteínas modificadas.

La atención en un hogar de personas mayores está cubierta para las personas que se consideran pacientes permanentes durante al menos tres meses. Después de ese período, es posible que su atención en un hogar de personas mayores esté cubierta a través de Medicaid regular y se cancelará su inscripción en HomeFirst.

Obtener atención fuera del área de servicio

Debe informar a su administrador de atención cuando viaje fuera de su área de cobertura y, preferiblemente, antes de viajar. Si necesita servicios fuera de su área de cobertura, debe comunicarse con nuestro equipo de Servicios para los Miembros y los administradores de atención. Lo ayudaremos a coordinar la atención médicamente necesaria mientras esté lejos. Puede comunicarse con Servicios para los Miembros al 1-877-771-1119 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

Si planea alejarse del área de servicio durante más de treinta (30) días consecutivos, será difícil para HomeFirst controlar sus necesidades médicas de manera adecuada. Cuando esto sucede, HomeFirst debe iniciar la cancelación de la inscripción dentro de los cinco (5) días hábiles después de que hayan pasado los treinta (30) días. En este caso, usted debe llamar a Servicios para los Miembros o a su equipo de administración de la atención para analizar cuáles son sus opciones.

Atención de emergencia fuera del área

Si se produce una situación de emergencia mientras está fuera del área de servicio, debe buscar atención de inmediato. Usted, un miembro de su familia o un amigo deben comunicarse con HomeFirst dentro de las 2 horas, si es posible. Debemos tener esta información para realizar cualquier cambio adecuado en el plan de atención que pueda ser necesario.

Atención de urgencia fuera del área

Una necesidad de atención de urgencia es una enfermedad o problema médico que necesite atención de su médico o de otro proveedor de atención médica antes de su próxima consulta médica de rutina. Si usted necesita atención de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio, HomeFirst aceptará la decisión de necesidad médica tomada por el médico a cargo u otro profesional de atención médica. HomeFirst pagará por todos los servicios solicitados por el proveedor que sean servicios cubiertos a través de HomeFirst.

Servicios de emergencia

Por servicio de emergencia se entiende la aparición repentina de una condición que representa una amenaza grave para su salud. NO tiene que pedir una autorización previa a HomeFirst para obtener atención de emergencia.

Para emergencias médicas:

- Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana.
- No tiene la obligación de informarle a HomeFirst antes de buscar tratamiento médico de emergencia.
- Llame o envíe un mensaje de texto al 988 si necesita apoyo inmediato de salud mental.

Como se indicó anteriormente, no se necesita autorización previa para los servicios de emergencia. Sin embargo, debe notificar a HomeFirst dentro de las 24 horas de la emergencia. Puede necesitar servicios de atención a largo plazo que solo pueden brindarse a través de HomeFirst. Su equipo de administración de la atención trabajará con usted y sus proveedores para coordinar la atención que necesite.

Si usted está internado, un miembro de su familia u otro cuidador debe comunicarse con HomeFirst dentro de las 24 horas posteriores a su ingreso. Su administrador de atención suspenderá sus servicios de atención en el hogar y cancelará otras citas, según sea necesario. Asegúrese de notificar a su médico de atención primaria o planificador del alta del hospital que se comunique con HomeFirst para que podamos trabajar con ellos para planificar su atención al recibir el alta del hospital.

Procedimientos de cuidado de transición

Los nuevos miembros de HomeFirst pueden seguir un tratamiento continuo relacionado con una enfermedad o condición potencialmente mortal o una enfermedad o condición degenerativa o incapacitada 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 el pago de la tarifa del plan, se adhiere a la garantía de calidad y a otras políticas de HomeFirst, y le proporciona información médica sobre la atención a su plan. El cuidado de transición solo se aplica a los servicios y beneficios cubiertos por HomeFirst.

Si su proveedor deja la red, el tratamiento continuo en curso puede seguir durante un período de transición de hasta 90 días si su proveedor acepta el pago de la tarifa del plan, se adhiere a la garantía de calidad y a otras políticas del plan, y le proporciona información médica sobre su atención al plan.

Si cree que tiene una condición que reúne los criterios para los servicios de cuidado de transición, notifique a su equipo de administración de la atención.

Si su inscripción en un plan de MLTC está por ser cancelada y se inscribirá en HomeFirst debido a una reducción, cierre, adquisición o fusión aprobados en el área de servicio u otro acuerdo aprobado, HomeFirst debe continuar proporcionándole los servicios de su plan actual de servicio centrado en la persona durante un período continuo de ciento veinte (120) días posteriores a la inscripción o hasta que HomeFirst haya realizado una evaluación y usted haya aceptado el nuevo plan de servicio centrado en la persona.

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

En esta sección se explicarán los servicios y apoyos que están disponibles a través de Money Follows the Person (MFP)/Open Doors. MFP/Open Doors es un programa que puede ayudarlo a volver de un hogar de personas mayores a su hogar o residencia en la comunidad. Usted puede reunir los requisitos para recibir MFP/Open Doors si ocurre lo siguiente:

- Ha vivido en un hogar de personas mayores durante tres meses o más.
- Tiene necesidades de salud que pueden atenderse a través de servicios en su comunidad.

MFP/Open Doors cuenta con personas, llamadas compañeros y especialistas en transición, que pueden reunirse con usted en el hogar de personas mayores y conversar sobre su regreso a la comunidad. Los compañeros y especialistas en transición son diferentes de los administradores de atención y planificadores de alta. Ellos pueden ayudarlo al realizar lo siguiente:

- Proporcionarle información sobre servicios y apoyos en la comunidad.
- Encontrar servicios ofrecidos en la comunidad para ayudarlo a ser independiente.
- Visitarlo o llamarlo luego de su mudanza para asegurarse de que tenga lo que necesita en su hogar.

Para obtener más información sobre MFP/Open Doors o programar una consulta con un compañero o especialista en transición, comuníquese con la Asociación de Vida Independiente de New York al 1-844-545-7108, o envíe un correo electrónico a mfp@health.ny.gov. También puede visitar MFP/Open Doors en línea en **health.ny.gov/mfp** o **ilny.org**.

Servicios de Medicaid no cubiertos por nuestro plan

Hay algunos servicios de Medicaid que HomeFirst no cubre, pero que pueden estar cubiertos por Medicaid regular. Puede acceder a estos servicios a través de cualquier proveedor que acepte Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid. Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-771-1119 (TTY: 711) si tiene alguna pregunta acerca de si un beneficio está cubierto por HomeFirst o por Medicaid. Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid son los siguientes:

Farmacia

La mayoría de los medicamentos con y sin receta, así como las recetas preparadas, están cubiertos por Medicaid regular o la Parte D de Medicare si usted tiene Medicare.

Algunos de los servicios de salud mental son los siguientes:

- Tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica
- Tratamiento diurno
- Administración de casos para enfermedades mentales graves y persistentes (patrocinada por unidades de salud mental del estado o locales)
- Atención hospitalaria parcial no cubierta por Medicare
- Servicios de rehabilitación para personas en hogares comunitarios o en tratamiento basado en la familia
- Tratamiento diurno continuo
- Tratamiento comunitario de reafirmación
- Servicios personalizados orientados a la recuperación

Ciertos servicios para discapacidades intelectuales y del desarrollo, que incluyen:

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento diurno
- Coordinación de los servicios de Medicaid
- Servicios recibidos en virtud de la exención de servicios en el hogar y la comunidad

Otros servicios de Medicaid, incluidos los siguientes:

- Tratamiento con metadona
- Observación directa de la terapia antituberculosa
- Administración de casos de VIH COBRA
- Planificación familiar
  Ciertos medicamentos médicamente necesarios para mejorar la ovulación, cuando se cumplen los criterios.

Otros servicios que no cubre HomeFirst, pero que cubre Medicare o Medicaid regular son los siguientes:

Servicios hospitalarios para pacientes internados	Los servicios hospitalarios para pacientes internados incluyen atención, tratamiento y servicios de enfermería que requieren admisión en el hospital.
Servicios hospitalarios para pacientes externos	Son servicios proporcionados por un hospital que brinda servicios preventivos, de diagnóstico o de tratamiento para pacientes que no requieren una estadía en el hospital durante la noche.
Servicios de laboratorio	Incluyen pruebas y procedimientos médicamente necesarios solicitados por un profesional médico calificado.
Servicios médicos, incluidos los servicios brindados en un consultorio, una clínica, un centro o en el hogar	Los servicios médicos incluyen los servicios de auxiliares médicos y trabajadores sociales proporcionados en el consultorio, en el hogar y en centros.
Servicios de radiología y radioisótopos	Servicios radiológicos de diagnóstico, ecografía, medicina nuclear, oncología radioterápica e imágenes por resonancia magnética (MRI) realizados conforme al pedido de un profesional calificado.
Transporte médico que no es de emergencia	Traslados programados hacia y desde las citas para recibir servicios médicos, dentales y otros servicios de salud de rutina o urgencia que no sean emergencias potencialmente mortales.
Transporte de emergencia	Transporte de emergencia o en ambulancia a un hospital.

Servicios de clínicas de salud rurales	Programa que presta servicios a los beneficiarios de Medicare y Medicaid en áreas rurales para aumentar la utilización de profesionales no médicos (es decir, enfermeros practicantes y auxiliares médicos).
Diálisis renal crónica	Servicios y tratamiento para la enfermedad renal crónica.
Servicios de salud mental	Incluyen servicios de atención y tratamiento para pacientes internados y externos de salud mental, que incluyen medicamentos y admisiones en hospitales psiquiátricos.
Servicios para tratar alcoholismo y abuso de sustancias	Tratamiento y prevención de adicciones al alcohol y a las drogas.
Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD)	Terapia a largo plazo que brinda servicios principalmente a personas con discapacidades del desarrollo: servicios de tratamiento diurno y servicios del programa basado en el hogar y la comunidad para las personas con discapacidades del desarrollo.
Hospicio	Los programas de hospicio proporcionan a los pacientes y sus familias atención de apoyo y del final de la vida para satisfacer las necesidades especiales que surgen durante las etapas finales de una enfermedad.

Aunque estos servicios no son parte del paquete de beneficios de HomeFirst, su equipo de administración de la atención lo ayudará a gestionarlos y coordinarlos según sea necesario. Si actualmente está inscrito en otro plan de salud que cubre parte o la totalidad de estos servicios, es posible que quiera conservar esa cobertura para continuar recibiendo estos beneficios.

Servicios no cubiertos por HomeFirst ni Medicaid

Usted debe pagar los servicios que no están cubiertos por HomeFirst o por Medicaid si su proveedor le indica de antemano que estos servicios no están cubiertos Y usted se compromete a pagar por ellos. Entre los ejemplos de servicios no cubiertos por HomeFirst o Medicaid se incluyen los siguientes:

- Cirugía estética, si no es médicamente necesaria
- Artículos personales y de comodidad
- Servicios de un proveedor que no forma parte del plan (a menos que HomeFirst lo envíe a ese proveedor)

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-771-1119 (TTY: 711).

Coordinación de los servicios cubiertos y no cubiertos

La inscripción en HomeFirst no afecta sus beneficios de Medicare. Seguirá recibiendo cobertura de Medicare para las consultas con su proveedor, hospitalizaciones, análisis de laboratorio, ambulancia y otros beneficios de Medicare. No necesita obtener autorización de HomeFirst para recibir los servicios de Medicare.

Sin embargo, HomeFirst puede realizar lo siguiente:

- Proporcionarle una lista de proveedores calificados (si es que todavía no tiene uno).
- Programar citas con los proveedores.
- Ayudarlo con la organización del alta si usted está internado.
- Coordinar los servicios de atención en el hogar cubiertos por Medicare.

Si usted recibe cualquier servicio cubierto por HomeFirst (consulte la página 18) y se determina que también está cubierto por Medicare, su proveedor le facturará a Medicare como su seguro primario. Si Medicare no cubre la totalidad del costo del servicio cubierto, se le cobrará a HomeFirst los deducibles o el coseguro.

Todo servicio que usted reciba y que no esté cubierto por el servicio de HomeFirst (consulte la página 38) se le facturará a Medicare como su seguro primario. Si Medicare no cubre la totalidad del costo del servicio en cuestión, el saldo restante se le facturará al programa Medicaid Fee for Service. Su tarjeta de identificación de miembro de HomeFirst lo identifica como miembro de HomeFirst y debe llevarla en todo momento junto con las tarjetas de Medicaid, Medicare y de todos los otros seguros de salud.

Necesitará su tarjeta de identificación de miembro de HomeFirst para acceder a ciertos servicios que estén autorizados por HomeFirst.

Si un servicio cubierto que recibe actualmente es un servicio cubierto por Medicare, usted puede seguir utilizando el proveedor de su preferencia. HomeFirst recomienda que utilice un proveedor en nuestra red para que no deba cambiar de proveedor si se alcanzan los límites de la cobertura de Medicare y HomeFirst pasa a ser el responsable del pago primario para esa atención.

Medicaid pagará los servicios no cubiertos por HomeFirst. Puede acceder a servicios como diálisis, asesoramiento sobre salud mental y trastornos por uso de sustancias, o desintoxicación del alcohol directamente a través de Medicaid. Estos servicios no están cubiertos por HomeFirst. No necesita que HomeFirst le autorice estos tipos de servicios. Su equipo de administración de la atención puede facilitarle la tarea al ayudarlo a obtener y coordinar los servicios cubiertos por Medicaid con los servicios de HomeFirst.

Cómo obtener servicios cubiertos

Desarrollo y control del plan de atención

Cuando usted se inscriba, usted, su proveedor y su equipo de administración de la atención trabajarán de forma conjunta para desarrollar un plan de atención que satisfaga sus necesidades. Su plan de atención incluirá todos los servicios que necesite para mantener y mejorar su estado de salud. El plan de atención incluye los servicios cubiertos

por HomeFirst y aquellos servicios cubiertos por Medicaid y Medicare. Se basa en una evaluación de sus necesidades de atención médica, las recomendaciones de su proveedor y sus preferencias personales.

Puede requerir diferentes servicios, o más o menos de los mismos servicios, a medida que cambien sus necesidades de atención médica. Naturalmente, esto requerirá que también cambie su plan de atención. El equipo de administración de la atención y su proveedor revisarán y aprobarán los cambios médicamente necesarios en su plan de atención. Lo evaluarán junto con usted periódicamente para asegurarse de que los servicios que usted recibe satisfagan sus necesidades. Anualmente, el PCSP se desarrolla para un año y se adapta según sea necesario en función de sus necesidades médicas.

Usted es un miembro importante de su equipo de atención médica; por lo tanto, es importante que nos haga saber cuáles son sus necesidades. Comuníquese con su proveedor y equipo de administración de la atención si necesita algún servicio que no esté recibiendo actualmente o desea realizar cambios en su plan de atención. Además, su equipo de administración de la atención trabajará con usted para asegurarse de que sus condiciones médicas estén adecuadamente controladas.

Solicitud de cambios en el plan de atención

Si desea cambiar su plan de atención (por ejemplo, cambiar los días o el horario en el que recibe los servicios) o solicitar un servicio, como atención dental u optometría, usted o su proveedor deben llamar a Servicios para los Miembros para informarle al equipo de administración de la atención. Luego, el equipo de administración de la atención consultará con su proveedor acerca de los cambios que usted solicitó. Si el equipo de administración de la atención y su proveedor están de acuerdo, su plan de atención se cambiará según sea adecuado.

Si contamos con toda la información necesaria, HomeFirst responderá a su solicitud de cambios en el plan de atención tan pronto como lo requiera su afección, pero antes de los catorce (14) días calendario para las solicitudes

estándares y setenta y dos (72) horas para las solicitudes aceleradas. Si HomeFirst le niega su solicitud de cambio o de servicio, usted puede apelar la decisión. Consulte la sección **Autorización de un servicio, acción y apelaciones de acciones** (página 47) para ver las instrucciones sobre cómo apelar una decisión adversa tomada por HomeFirst.

Servicios en su plan de atención que requieran autorización previa o revisión concurrente

Para recibir servicios cubiertos (consulte la página 18), usted o su proveedor deben obtener autorización previa de HomeFirst. Usted puede comunicarse con el equipo de administración de la atención o con Servicios para los Miembros como se describe en la sección **Coordinación de la atención** en la página 14. Puede ponerse en contacto con Servicios para los Miembros llamando al 1-877-771-1119, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. Servicios para los Miembros le comunicará la información a su equipo de administración de la atención. Si usted tiene Medicare y tiene alguna pregunta acerca de las autorizaciones o la coordinación de beneficios, comuníquese con Servicios para los Miembros al 1-877-771-1119. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Todos los servicios cubiertos, a excepción de los servicios de emergencia, requieren autorización de HomeFirst antes de obtenerlos.

Transporte

HomeFirst no proporciona servicios de transporte médico que no sea de emergencia como parte de los beneficios del plan. Los servicios de transporte para los miembros son organizados por Medical Answering Services (MAS), el agente de transporte estatal del Departamento de Salud del Estado de New York.

Usted o su proveedor deben comunicarse con MAS en **medanswering.com/** o llamar al 1-844-666 6270 si residen en los cinco distritos municipales de la ciudad de New York, Nassau, Westchester o Putnam. Llame al

1-866-932-7740 si reside en los condados de Dutchess, Orange, Rockland, Sullivan y Ulster.

Los miembros llaman y programan viajes durante el horario de atención, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. Los viajes por consultas de atención de urgencia y altas del hospital se pueden solicitar en cualquier momento.

Usted o su médico deben comunicarse con MAS al menos tres (3) días antes de su cita médica y proporcionar los detalles de esta (fecha, hora, dirección y nombre del proveedor) y su número de identificación de Medicaid.

Equipo médico, suministros y oxígeno

HomeFirst organizará todo el equipo médico, los suministros médicos y el oxígeno que usted requiera. El equipo de administración de la atención consultará con su proveedor y organizará la entrega y la instalación. Si ya tiene o necesita equipo médico que le paga Medicare, HomeFirst le pagará los copagos para ese equipo aun cuando se trate de un proveedor fuera de la red.

Atención en un hogar de personas mayores

La admisión a uno de nuestros hogares de personas mayores se realiza de acuerdo con cada individuo y según las reglas de elegibilidad de Medicaid. El equipo de administración de la atención hará los arreglos y HomeFirst cubrirá la atención en un hogar de personas mayores para aquellos miembros que, junto con su proveedor, estén de acuerdo con la estadía en un hogar de personas mayores. Los miembros deben usar los hogares de personas mayores de la red de proveedores de HomeFirst.

Si tiene preguntas acerca de la atención en un hogar de personas mayores o su cobertura de Medicaid o Medicare, llame a su equipo de administración de la atención.

Autorizaciones de servicios, acciones y apelaciones de acciones

El hecho de que usted o un proveedor en su nombre soliciten la aprobación de un tratamiento o servicio se denomina **petición para la autorización de un servicio**. Para enviar una petición para la autorización de un servicio, usted o su proveedor pueden llamar a Servicios para los Miembros al 1-877-771-1119, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. La solicitud también puede presentarse por escrito a la siguiente dirección:

HomeFirst
Attn: Coordinated Care
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

Autorizaremos los servicios por un cierto monto y un período específico. Esto se denomina **período de autorización**.

Personal clínico calificado determinará si un servicio es médicamente necesario y apropiado según una evaluación integral de su condición médica actual. El proceso de autorización de un servicio comienza con el plan de atención inicial cuando usted se inscribe. Consulte la página 14 para obtener una explicación de la creación de su plan de atención inicial.

HomeFirst se asegurará de que se lleven a cabo las autorizaciones de servicios para todos los miembros de acuerdo con todas las regulaciones federales y estatales aplicables, y de que se respeten todos los plazos de decisiones. Todo miembro o representante de miembro de HomeFirst tiene derecho a solicitar servicios. El personal de HomeFirst está disponible para ayudarlo a comprender los plazos adecuados para recibir una respuesta a una solicitud y los plazos para procesar la solicitud.

Es posible que desee elegir a un miembro de la familia o un amigo para que hable en su nombre. Debe informar a HomeFirst el nombre del representante designado. Puede hacerlo llamando a su equipo de

administración de la atención o a Servicios para los Miembros. Le proporcionaremos un formulario que puede completar y firmar donde expresará quién será el representante.

Autorización previa

Todos los servicios cubiertos, a excepción de los servicios de emergencia, requieren una autorización previa (aprobación por adelantado) de HomeFirst antes de que usted los reciba o para poder seguir recibiéndolos. Para obtener una lista de los servicios cubiertos, consulte la página 18.

Para obtener la autorización de un servicio, usted o su proveedor deben comunicarse con HomeFirst al 1-877-771-1119 (TTY: 711). Usted o su proveedor también pueden enviar la solicitud por escrito a la siguiente dirección:

HomeFirst
Attn: Coordinated Care
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

Los servicios se autorizarán por un cierto monto y un período de tiempo específico. Esto se denomina período de autorización.

Revisión concurrente

También puede pedirle a HomeFirst obtener más de un servicio de los que recibe actualmente. Este tipo de solicitud se denomina **revisión concurrente**. Esto incluye una solicitud para servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicaid después de una hospitalización.

Revisión retrospectiva

Algunas veces haremos una revisión sobre la atención que recibe para comprobar si todavía necesita esa atención. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya haya recibido. Esto se denomina **revisión retrospectiva**. Le informaremos si hacemos estas revisiones.

¿Qué ocurre después de que obtenemos su petición para la autorización de un servicio?

El plan cuenta con un equipo de revisiones que se asegura de que usted obtenga los servicios que prometemos. En el equipo de revisiones, participan médicos y enfermeros. Su tarea es asegurarse de que el tratamiento o servicio que pidió sea médicamente necesario y adecuado para usted. Para hacer esto, ellos comparan su plan de tratamiento con las normas médicas aceptables.

Podemos decidir rechazar la petición para la autorización de un servicio o aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada, lo que se denomina acción. Estas decisiones serán tomadas por profesionales de atención médica calificados. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión será tomada por un revisor clínico, quien puede ser un médico, un enfermero o un profesional de atención médica que, generalmente, ofrece la atención que usted solicitó. Usted puede solicitar las normas médicas específicas, llamadas **criterios de revisión clínica**, las cuales se utilizan para tomar decisiones sobre acciones relacionadas con la necesidad médica.

Después de obtener su petición, la revisaremos mediante un **procedimiento estándar** o **acelerado (vía rápida).** Usted o su médico pueden solicitar una *revisión acelerada (vía rápida)* si creen que una demora le causará un daño grave a su salud. Si rechazamos su pedido de una revisión acelerada (vía rápida), se lo comunicaremos y su pedido se procesará de acuerdo con el procedimiento de revisión estándar. Cualquiera sea el caso, revisaremos su petición con la prontitud que su condición médica requiera, pero no más tarde de los plazos que se indican a continuación.

Le informaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si aprobamos o rechazamos su petición. También le comunicaremos la razón de la decisión. Le explicaremos las opciones de apelación que tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión (consulte la sección Apelaciones en la página 47).

Plazos para peticiones de autorización previa

- **Revisión estándar:** tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de tres (3) días hábiles a partir del momento en que tengamos toda la información necesaria, y recibirá noticias nuestras antes de los siete (7) días calendario después de que recibamos su solicitud. Le informaremos al séptimo (7.º) día si necesitamos más información.
- **Revisión acelerada (vía rápida):** tomaremos una decisión y recibirá noticias nuestras dentro de las setenta y dos (72) horas. Le informaremos dentro de las setenta y dos (72) horas si necesitamos más información.

Plazos para peticiones de revisión concurrente

- **Revisión estándar:** tomaremos una decisión en un plazo de un (1) día hábil a partir de que tengamos toda la información necesaria, y recibirá noticias nuestras antes de los siete (7) días después de que recibamos su solicitud.
- **Revisión acelerada (vía rápida):** tomaremos una decisión en un plazo de un (1) día hábil a partir de que tengamos toda la información necesaria. Recibirá noticias nuestras dentro de las setenta y dos (72) horas posteriores a la recepción de su solicitud. Le informaremos dentro de un (1) día hábil si necesitamos más información.

Plazos especiales para otras solicitudes:

- Si solicita servicios de rehabilitación para pacientes internados después de una admisión en el hospital, tomaremos una decisión en un plazo de 1 día hábil desde que tengamos toda la información que necesitamos, pero antes de los siete (7) días posteriores a la recepción de su solicitud. Le informaremos al séptimo (7.º) día si necesitamos más información.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada (vía rápida) sobre su solicitud de servicio, los plazos mencionados anteriormente pueden extenderse hasta catorce (14) días calendario. Haremos lo siguiente:

- Le escribiremos para notificarle qué información necesitamos. Si su solicitud se está procesando mediante una revisión acelerada (vía rápida), lo llamaremos inmediatamente y luego le enviaremos un aviso por escrito.
- Le diremos por qué la demora le conviene.
- Tomaremos una decisión tan pronto como sea posible cuando recibamos la información necesaria, pero antes de los catorce (14) días calendario a partir de la finalización del plazo original.

Si no está satisfecho con nuestra respuesta, tiene derecho a presentar una apelación. Si se toma una decisión sobre su apelación interna y no está de acuerdo con ella, puede solicitar una audiencia imparcial con la Oficina de Asistencia Temporal y para Personas con Discapacidades (OTDA) del estado de New York. Consulte la sección Apelaciones de acciones en la página 54 para obtener más información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también pueden solicitar que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que usted tiene más información para proporcionarle al plan que nos permitirá decidir sobre su caso. Puede hacer esto por teléfono a Servicios para los Miembros al 1-877-771-1119 o por escrito enviando la solicitud a:

HomeFirst
Attn: Coordinated Care
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

Usted o alguien de su confianza pueden presentar una queja ante el plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su petición. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja acerca del tiempo de la revisión ante el Departamento de Salud del estado de New York llamando al 1-866-712-7197.

Si ACEPTAMOS parte o la totalidad de lo que solicitó, autorizaremos el servicio o le daremos el artículo que solicitó.

Si NO ACEPTAMOS parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Consulte **Cómo presentar una apelación de una acción** que explica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

¿Qué es una acción?

Se consideran "acciones" del plan cuando HomeFirst niega o limita los servicios solicitados por usted o por su proveedor; niega una petición para una remisión; decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; restringe, reduce, suspende o termina los servicios que ya se habían autorizado; niega el pago de los servicios; no proporciona servicios oportunos o no toma determinaciones sobre apelaciones o quejas dentro de los plazos requeridos. Una acción está sujeta a apelación. (Para obtener más información, consulte *¿Cómo presentar una apelación de una acción?* a continuación).

Plazos para un aviso de acción

Si decidimos denegar o limitar los servicios solicitados por usted o decidimos no pagar la totalidad o parte de un servicio cubierto, le enviaremos un aviso cuando tomemos nuestra decisión. Si proponemos restringir, reducir, suspender o terminar un servicio que está autorizado, le enviaremos una carta al menos diez (10) días calendario antes de la fecha en que planificamos cambiar el servicio, excepto en los siguientes casos:

- Cuando el período de aviso anticipado se reduzca a cinco (5) días calendario en casos de fraude confirmado del miembro; o
- Cuando podamos enviar por correo un aviso en un plazo no superior a la fecha de la acción por lo siguiente:
  – el fallecimiento del miembro;

- una declaración suya firmada por escrito en la que solicita la terminación del servicio o en la que brinda información que solicita la terminación o reducción de servicios (donde usted comprende que esto debe ser la consecuencia de brindar la información);
- la admisión del miembro en una institución donde el miembro no es elegible para recibir más servicios;
- la dirección del miembro es desconocida y el correo dirigido al miembro es rechazado porque no existe tal dirección de envío;
- el miembro ha sido aceptado para los servicios de Medicaid por otra jurisdicción;
- el médico del miembro ordena un cambio en el nivel de atención médica.

Si revisamos la atención que usted ya obtuvo, tomaremos una decisión sobre el pago de esta en un plazo de treinta (30) días calendario de recibida la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si rechazamos el pago de un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que se niegue el pago. No deberá pagar la atención que recibió y que el plan o Medicaid cubrían incluso si luego rechazamos el pago al proveedor.

Contenidos del aviso de acción

Todo aviso que le enviemos sobre una acción cumplirá con las siguientes condiciones:

- Explicará la acción adoptada o que pretendemos adoptar.
- Mencionará las razones de la acción, incluidos los motivos clínicos, si hubiera.
- Describirá su derecho a presentar una apelación (incluso si también tiene derecho al proceso de apelación externa del estado).
- Describirá cómo presentar una apelación interna y las circunstancias en las cuales usted puede solicitarnos que aceleremos (excepción acelerada) nuestra revisión de su apelación interna.

- Describirá la disponibilidad de los criterios de revisión clínica utilizados para tomar la decisión, si se trata de cuestiones de necesidad médica, o si el tratamiento o servicio en cuestión fue experimental o de investigación **y**
- Describirá la información, si hubiera, que pueda ser provista por usted o su proveedor para presentar una decisión sobre la apelación.

En el aviso también se le informará sobre su derecho a una apelación y a una audiencia imparcial del estado:

- Se le explicará la diferencia entre una apelación y una audiencia imparcial.
- Se le indicará que debe presentar una apelación antes de solicitar una audiencia imparcial **y**
- En él se le explicará cómo solicitar una apelación.

Si estamos restringiendo, reduciendo, suspendiendo o terminando un servicio autorizado, en el aviso se le informará además acerca de su derecho a continuar con los servicios mientras decidimos sobre su apelación, cómo solicitar que los servicios continúen y en qué circunstancias usted podría tener que pagar los servicios si estos continuaran mientras estamos revisando su apelación.

¿Cómo presentar una apelación de una acción?

Si no está de acuerdo con una acción que hayamos tomado, usted puede apelar. Cuando presenta una apelación, significa que debemos revisar nuevamente la razón de nuestra acción para decidir si estábamos en lo cierto. Usted puede presentar una apelación de una acción ante el plan de manera oral o por escrito. Cuando el plan le envía una carta acerca de una acción que toma (como la negación o limitación de servicios, o el no pago de los servicios), usted debe presentar su solicitud de apelación dentro de los sesenta (60) días hábiles a partir de la fecha que aparece en la carta en la que le notificamos la acción.

Comuníquese con HomeFirst para presentar una apelación

Puede llamarnos al 1-877-771-1119 (TTY: 711) o escribirnos a:

HomeFirst
Attn: Appeals and Grievances
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

La persona que recibe la apelación la registrará y el personal apropiado supervisará la revisión de la apelación. Le enviaremos una carta para informarle que recibimos su apelación e incluiremos una copia del archivo de su caso que incluye los registros médicos y otros documentos usados para tomar la decisión original. Su apelación será revisada por personal clínico con conocimientos que no estuvo involucrado en la acción o decisión iniciales del plan que dan lugar a su apelación.

Para algunas acciones, usted puede solicitar la continuación de los servicios durante el proceso de apelación

Si presenta una apelación por la restricción, reducción, suspensión o terminación de servicios que actualmente está autorizado a recibir, debe solicitar una apelación al plan para continuar recibiendo estos servicios mientras se decide su apelación.

Debemos continuar brindándole su servicio si solicita una apelación al plan en un plazo no superior a diez (10) días desde la fecha que se incluye en el aviso sobre la restricción, reducción, suspensión o terminación de los servicios, o desde la fecha prevista de entrada en vigencia de la acción propuesta, la que sea posterior. Para saber cómo solicitar una apelación al plan y pedir ayuda para continuar, consulte "**¿Cómo presentar una apelación de una acción?**" más arriba.

Si nuestra decisión no es a su favor, sus servicios continuarán hasta que retire la apelación o hasta los diez (10) días siguientes al envío del aviso acerca de la decisión sobre la apelación, a menos que usted haya solicitado una audiencia imparcial de Medicaid al estado de New York por la continuidad de los servicios. Consulte la sección **Audiencia imparcial del estado** en la página 58.

Si bien puede solicitar la continuidad de los servicios mientras su apelación se encuentra en revisión, si esta no se decide a su favor, es posible que deba pagar los servicios si se proporcionaron solo porque usted solicitó continuar recibiéndolos mientras su caso estaba en revisión.

¿Cuánto tiempo le llevará al plan decidir sobre mi apelación de una acción?

A menos que solicite una revisión acelerada (vía rápida), examinaremos su apelación de la acción que tomamos como una apelación estándar. Le enviaremos una decisión por escrito tan pronto como lo requiera su condición médica, pero antes de los treinta (30) días de la fecha en que recibimos su apelación. (Podemos ampliar el período de revisión hasta catorce [14] días si solicita una prórroga, o si necesitamos más información y el retraso es en beneficio suyo). Además, tendrá la oportunidad de revisar cualquiera de sus registros que formen parte de la revisión de apelación.

Le enviaremos un aviso acerca de la decisión que tomamos sobre su apelación que indicará la decisión tomada y la fecha en la que la decidimos.

Si revertimos nuestra decisión de negar o limitar los servicios solicitados, o restringir, reducir, suspender o terminar los servicios, y estos no fueron proporcionados mientras su apelación estaba pendiente, le brindaremos los servicios en cuestión tan pronto como lo requiera su condición médica. En algunos casos, usted puede solicitar una apelación “acelerada (vía rápida)”. Consulte la sección **Proceso de apelaciones aceleradas (vía rápida)** a continuación.

Proceso de apelaciones aceleradas (vía rápida)

Siempre aceleraremos nuestra revisión si la apelación es sobre la solicitud de más de un servicio que ya está recibiendo. Si usted o su proveedor consideran que tomarse el tiempo para realizar una apelación estándar podría ocasionar un problema grave para su salud o su vida, pueden solicitar una revisión acelerada (vía rápida) de su apelación de la acción. Le informaremos nuestra decisión dentro de las setenta y dos (72) horas.

Bajo ninguna circunstancia el plazo para emitir nuestra decisión será superior a 72 horas después de recibir su apelación. (Podemos ampliar el período de revisión hasta 14 días si solicita una prórroga, o si necesitamos más información y el retraso es en beneficio suyo).

Si no estamos de acuerdo con su petición de apelación acelerada, haremos todo lo posible por contactarnos con usted en persona y hacerle saber que hemos denegado su petición de una apelación acelerada (vía rápida) y que la trataremos como una apelación estándar. Además, le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión de denegarle su solicitud de apelación acelerada (vía rápida) dentro de los dos (2) días desde la recepción de su solicitud.

¿Qué puedo hacer si el plan deniega mi apelación?

Si nuestra decisión acerca de su apelación no es totalmente a su favor, el aviso que reciba le explicará su derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid al estado de New York, cómo obtenerla, quién puede comparecer en la audiencia imparcial en su nombre y, para algunas apelaciones, su derecho a recibir servicios mientras la audiencia siga pendiente y cómo solicitarlos.

Nota: **debe solicitar una audiencia imparcial dentro de los 120 días calendario posteriores a la fecha del aviso de determinación adversa definitiva.** Si negamos su apelación a causade cuestiones de necesidad médica o debido a que el servicio en cuestión fue experimental o de

investigación, el aviso también le explicará cómo solicitar una "apelación externa" de nuestra decisión al estado de New York.

Audiencias imparciales del estado

Si la decisión de la apelación no fue totalmente a su favor, puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid al estado de New York dentro de los ciento veinte (120) días desde la fecha en la que le enviamos el aviso acerca de la decisión de su apelación.

Si su apelación implica la restricción, reducción, suspensión o terminación de servicios autorizados que está recibiendo actualmente y usted solicita una audiencia imparcial, continuará recibiendo estos servicios mientras espera la decisión de la audiencia imparcial. Su solicitud de una audiencia imparcial debe realizarse en un plazo de diez (10) días desde la fecha en que enviamos la decisión sobre la apelación o antes de la fecha de entrada en vigencia de nuestra acción de restringir, reducir, suspender o terminar sus servicios, lo que ocurra más tarde.

Sus beneficios continuarán hasta que retire la audiencia imparcial o el funcionario de la audiencia imparcial del estado envíe una decisión sobre la audiencia que no sea a su favor, lo que ocurra en primer lugar.

Si el funcionario de la audiencia imparcial del estado revoca nuestra decisión, debemos asegurarnos de que usted reciba los servicios en disputa con rapidez y tan pronto como su condición médica lo requiera, pero en menos de setenta y dos (72) horas desde la fecha en que el plan recibe la decisión de la audiencia imparcial. Si usted recibió los servicios en disputa mientras la apelación estaba pendiente, nosotros seremos responsables del pago de los servicios cubiertos ordenados por el funcionario de la audiencia imparcial.

Aunque usted puede solicitar la continuación de los servicios mientras espera la decisión de la audiencia imparcial, si la audiencia imparcial no se decide a su favor, usted podría tener que pagar por los servicios sujetos a consideración en la audiencia imparcial.

Puede solicitar una audiencia imparcial del estado si se comunica con la Oficina de Asistencia Temporal y para Personas con Discapacidades (OTDA):

- Formulario de solicitud en línea: Solicitar audiencia | Audiencias imparciales | OTDA (**ny.gov**) (**otda.ny.gov/hearings/request/**)
- Envíe por correo el formulario de solicitud imprimible a:
  NYS Office of Temporary and Disability Assistance Office of Administrative Hearings
  Managed Care Hearing Unit
  P.O. Box 22023
  Albany, New York 12201-2023
- Envíe por fax el formulario de solicitud imprimible al: (518) 473-6735
- Solicitud por teléfono:
  Línea para audiencias imparciales estándares 1 (800) 342-3334
  Línea para audiencias imparciales de emergencia 1 (800) 205-0110
  Línea TTY: 711. Solicite que el operador llame al 1 (877) 502-6155
- Solicitud en persona:

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

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

Para obtener más información acerca de cómo solicitar una audiencia imparcial, visite: **otda.ny.gov/hearings/request/**

Apelaciones externas del estado

Si denegamos su apelación porque determinamos que el servicio no es médicamente necesario o es experimental o de investigación, puede solicitar una apelación externa del estado de New York. Revisores que no trabajan para nosotros ni para el estado de New York toman la decisión sobre las apelaciones externas. Estos revisores son personas competentes que aprueba el estado de New York. Usted no tiene que pagar la apelación externa.

Cuando tomamos la decisión de denegar una apelación por falta de necesidad médica o sobe la base de que el servicio es experimental o de investigación, le proporcionaremos información acerca de cómo presentar una apelación externa, incluido un formulario para presentar la apelación externa junto con nuestra decisión de denegar la apelación. Si desea presentar una apelación externa, debe presentar el formulario ante el Departamento de Servicios Financieros (DFS) del Estado de New York en un plazo de cuatro (4) meses desde la fecha en la que denegamos su apelación.

A continuación, se indican algunas maneras de obtener el formulario:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882.
- Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros en **dfs.ny.gov**.
- Escriba al DFS a la siguiente dirección:

New York City – Main Office
New York State Department of Financial Services
One State Street
New York, NY 10004-1511

Albany Office
New York State Department of Financial Services
Consumer Assistance Unit
One Commerce Plaza
Albany, NY 12257

Comuníquese con HomeFirst al 1-877-771-1119 (TTY: 711) si necesita ayuda para presentar una apelación.

Su apelación externa se decidirá en un plazo de 30 días. Si el revisor de la apelación externa solicita más información, puede ser necesario más tiempo (hasta 5 días hábiles). El revisor nos comunicará la decisión final a usted y a nosotros en un plazo de dos días hábiles después de haberla tomado.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico indica que una demora perjudicará gravemente su salud. Esto se denomina apelación externa acelerada (vía rápida). El examinador de la apelación externa decidirá la apelación acelerada (vía rápida) en 72 horas o menos. El revisor nos comunicará a usted y a nosotros la decisión tomada de inmediato, por teléfono o por fax. Luego, se le enviará una carta en la que se comunicará la decisión.

Puede solicitar tanto una audiencia imparcial como una apelación externa. Si solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión "que cuenta" es la del funcionario de la audiencia imparcial.

Quejas y apelaciones de quejas

HomeFirst hará todo lo que esté a su alcance para ocuparse de sus inquietudes o problemas tan pronto como sea posible y de acuerdo con sus preferencias. Usted puede utilizar nuestro proceso de quejas o nuestro proceso de apelaciones según el tipo de problema que tenga.

No habrá cambios en sus servicios ni en el trato que recibirá por parte del personal de HomeFirst o del proveedor de atención médica por presentar una queja o una apelación. Conservaremos su privacidad. Le brindaremos cualquier tipo de ayuda que pueda necesitar para presentar una queja o una apelación. Esto incluye proporcionarle servicios de interpretación o ayuda si usted tiene problemas visuales o auditivos. Usted puede elegir a alguien para que lo represente (un miembro de su familia, amigo o proveedor).

Para presentar una queja, llame a Servicios para los Miembros de HomeFirst al 1-877-771-1119 (TTY: 711), o escriba a la siguiente dirección:

HomeFirst
Attn: Appeals and Grievances
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

Cuando nos contacte, deberá brindarnos su nombre, dirección, número de teléfono y los detalles del problema.

¿Qué es una queja?

Una queja es un comunicado de insatisfacción que usted nos presenta acerca de la atención y el tratamiento que recibe de nuestro personal o de proveedores de servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien fue irrespetuoso con usted, no se presentó o a usted no le gusta la calidad de la atención o los servicios que ha recibido de nosotros, puede presentarnos una queja.

El proceso de quejas

Puede presentar una queja de manera oral o por escrito ante nosotros. La persona que recibe la queja la registrará y el personal pertinente del plan supervisará la revisión de la queja. Le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido su queja e incluiremos una descripción de nuestro proceso de revisión. Examinaremos su queja y le brindaremos una respuesta por escrito dentro de uno (1) de los dos (2) plazos:

1. Si una demora podría aumentar de manera significativa el riesgo para su salud, decidiremos dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la recepción de la información necesaria, pero el proceso debe completarse dentro de los siete (7) días siguientes a la recepción de la queja.

2. Para todos los otros tipos de quejas, le notificaremos nuestra decisión dentro de los cuarenta y cinco (45) días de la recepción de la información necesaria, pero el proceso debe completarse dentro de los 60 días siguientes a la recepción de la queja.

Nuestra respuesta describirá nuestras conclusiones al revisar su queja y nuestra decisión sobre esta.

¿Cómo apelo la decisión de una queja?

Si no está satisfecho con la decisión que tomamos con respecto a su queja, puede solicitar una segunda revisión de su problema presentando una apelación de la queja. Debe presentar una apelación de la queja de manera oral o por escrito. Debe presentarse dentro de los sesenta (60) días hábiles posteriores a la recepción de nuestra decisión inicial sobre su queja. Una vez que recibamos su apelación, le enviaremos una confirmación por escrito para informarle el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que hemos designado para dar respuesta a su apelación. Todas las apelaciones de quejas se llevarán a cabo por profesionales adecuados, incluidos profesionales de atención médica para quejas relacionadas con asuntos clínicos, que no hayan formado parte de la decisión de la queja inicial.

Para las apelaciones de quejas estándar, tomaremos la decisión sobre la apelación dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la recepción de toda la información necesaria para tomar nuestra decisión. Si una demora para tomar nuestra decisión aumentara significativamente el riesgo para su salud, utilizaremos el proceso de apelaciones de quejas aceleradas (vía rápida). Para este tipo de apelaciones, tomaremos nuestra decisión de apelación dentro de los dos (2) días hábiles desde la recepción de la información necesaria. Tanto para las apelaciones de quejas aceleradas (vía rápida) como para las estándares, le proporcionaremos un aviso por escrito con nuestra decisión. El aviso incluirá las razones detalladas de nuestra decisión y, en caso de tratarse de asuntos clínicos, la justificación clínica de nuestra decisión.

Defensor de los participantes

El defensor de los participantes, llamado Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN), es una organización independiente que proporciona servicios de defensa gratuitos para beneficiarios de atención a largo plazo en el estado de New York. Puede obtener asesoramiento gratuito e independiente sobre su cobertura, quejas y opciones de apelaciones. Pueden brindarle ayuda para administrar el proceso de apelación. También pueden brindarle apoyo antes de que se inscriba en un plan de MLTC como HomeFirst. Este apoyo incluye asesoramiento para la elección imparcial de un plan de salud e información general relacionada con el plan. Comuníquese con la ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

- Teléfono: 1-844-614-8800 (servicio de retransmisión de TTY: 711)
- Sitio web: **icannys.org** | Correo electrónico: ican@cssny.org

Si no logra resolver sus necesidades dentro del plan, también puede comunicarse con el Departamento de Salud del estado de New York y presentar una queja en cualquier momento llamando al 1-866-712-7197 o escribiendo a:

NYS Department of Health
Bureau of Managed Long-term Care
Suite 1620, One Commerce Plaza
99 Washington Avenue
Albany, NY 12210

Cancelación de la inscripción del Plan HomeFirst de MLTC

No se cancelará su inscripción en el plan de MLTC por ninguno de los siguientes motivos:

- alta utilización de los servicios médicos cubiertos;
- una condición médica existente o un cambio en su salud;
- capacidad mental disminuida o comportamiento perturbador o poco colaborador como resultado de sus necesidades especiales, a menos que el comportamiento derive en que usted no sea elegible para MLTC.

Cancelación voluntaria de la inscripción

Usted puede solicitar abandonar HomeFirst en cualquier momento y por cualquier motivo. Para solicitar la cancelación de la inscripción, llame a Servicios para los Miembros o a su equipo de administración de la atención al 1-877-771-1119 (TTY: 711) o escríbanos. Infórmeles que desea cancelar su inscripción en HomeFirst, y su equipo de administración de la atención trabajará junto con usted y New York Medicaid Choice para garantizar que su transición desde nuestro plan hacia el plan de su elección sea segura si desea continuar recibiendo los servicios de atención a largo plazo.

El plan le proporcionará una confirmación por escrito de su solicitud. Incluiremos un formulario de cancelación voluntaria de la inscripción para que lo firme y nos lo envíe. Si no desea completarlo, y desea presentar su solicitud de cancelación de la inscripción verbalmente, un representante de HomeFirst puede completar el formulario por usted.

Los formularios completos deben enviarse a:

HomeFirst
Attn: Coordinated Care
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

Su equipo de administración de la atención analizará la decisión con usted y lo ayudará a planear su atención luego de la cancelación de la inscripción. La fecha en la que la cancelación de la inscripción en HomeFirst entrará en vigencia será el primer (1.er) día del mes siguiente al mes en el que se procese la cancelación a través de eMedNY.

HomeFirst le enviará su solicitud de cancelación de la inscripción al LDSS o a New York Medicaid Choice del plan. También recibirá una carta de acuse de recibo de HomeFirst, que confirma su deseo de cancelar su inscripción en el plan.

La fecha de cancelación de la inscripción será el último día del mes luego de que el LDSS o NY Medicaid Choice hayan procesado la cancelación de la inscripción y se haya coordinado cualquier otro servicio, si fuera necesario. Las solicitudes orales para la cancelación de la inscripción requieren la misma cantidad de tiempo para procesarse que las solicitudes por escrito. Si la solicitud se entrega después del día veinte (20) del mes, su inscripción quedará cancelada el primer (1.er) día del mes siguiente.

Si sus planes de baja incluyen una solicitud para servicios futuros, la fecha de entrada en vigencia de la cancelación de la inscripción es determinada por el LDSS o New York Medicaid Choice una vez que se apruebe su petición.

Para los casos en que se transfiera de HomeFirst a otro plan, HomeFirst le proporcionará atención hasta el último día del mes y su nuevo plan de atención administrada a largo plazo comenzará su atención el primer (1.er) día del mes siguiente.

Si usted necesita servicios de atención a largo plazo y desea abandonar HomeFirst, debe elegir otro plan con NY Medicaid Choice para seguir recibiendo los servicios. Ya no puede volver a Medicaid Fee for Service través del LDSS o la HRA para recibir los servicios.

En resumen, podría tardar hasta seis semanas en procesarse, dependiendo de cuándo recibamos su solicitud. Puede cancelar su inscripción en Medicaid regular o inscribirse en otro plan de salud mientras reúna los requisitos. Si continúa requiriendo CBLTSS, como atención personal, debe inscribirse en otro plan de MLTC, un plan de atención administrada de Medicaid o un programa de exención basado en el hogar y la comunidad, para recibir CBLTSS.

Cambios

Usted puede probar nuestro plan durante 90 días. Puede dejar HomeFirst, cambiarse e inscribirse en otro plan en cualquier momento durante ese período. Si no deja el plan en los primeros 90 días, deberá permanecer en HomeFirst durante nueve meses más, a menos que tenga una buena razón (causa justa).

- Se muda fuera del área de servicio.
- Usted, el plan y el Departamento de Servicios Sociales del condado o el Departamento de Salud del Estado de New York están de acuerdo en que dejar HomeFirst es la mejor opción para usted.
- Su proveedor de atención en el hogar actual no trabaja con nuestro plan.
- No hemos podido proporcionarle servicios como lo exige nuestro contrato con el estado.

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

Para cambiar de plan, llame a New York Medicaid Choice al 1-888-401-6582. Los asesores de New York Medicaid Choice pueden ayudarlo a cambiar de plan de salud.

Podría tomar entre dos y seis semanas para que se active su inscripción en un nuevo plan. Recibirá un aviso de New York Medicaid Choice que le indicará la fecha en que se lo inscribirá en su nuevo plan. HomeFirst le brindará la atención que necesite hasta dicha fecha.

Llame a New York Medicaid Choice si necesita pedir una acción acelerada porque el tiempo que se tarda en transferir los planes será perjudicial para su salud. También puede pedir una acción acelerada si informó a New York Medicaid Choice que no aceptó inscribirse en HomeFirst.

Cancelación involuntaria de la inscripción

Una cancelación involuntaria de la inscripción es una cancelación de la inscripción iniciada por HomeFirst.

Si HomeFirst cree que es necesario cancelar la inscripción de un miembro de manera involuntaria, debemos recibir la aprobación del LDSS o de NY Medicaid Choice. La inscripción de un miembro elegible no se cancelará de manera involuntaria por cuestiones relacionadas con su estado de

salud. Es posible que los miembros a los que se les cancele la inscripción de forma involuntaria tengan que ser transferidos a otro plan para continuar recibiendo los servicios de atención a largo plazo y atención personal. El LDSS o la HRA les notificarán a todos los miembros sobre sus derechos de audiencia imparcial.

Si no solicita la cancelación voluntaria de la inscripción, debemos iniciar la cancelación involuntaria de la inscripción dentro de los cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que sepamos que cumple con cualquiera de los motivos de cancelación involuntaria que se indican a continuación.

Tendrá que salir de HomeFirst en los siguientes casos:

- Ya no es elegible para recibir beneficios de Medicaid.
- Se muda fuera del área de servicio de HomeFirst de manera permanente.
- Se encuentra ausente del área de servicio durante más de treinta (30) días consecutivos.
- Clínicamente requiere atención en un hogar de personas mayores, pero no es elegible para dicha atención según las normas institucionales de elegibilidad del programa de Medicaid.
- Está hospitalizado durante cuarenta y cinco días o más.
- Ingresa en un programa residencial de la Oficina de Salud Mental, la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo o la Oficina de Servicios y Apoyo para las Adicciones durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más.
- No tiene doble elegibilidad (solo tiene Medicaid) o es un miembro con doble elegibilidad entre 18 a 20 años que ya no es elegible para la inscripción porque dejó de cumplir con el nivel de atención en el hogar de personas mayores según la herramienta de evaluación establecida por el Departamento.
- Se determinó, a través de una evaluación, que durante más de 120 días no tuvo una necesidad funcional o clínica de recibir servicios y apoyos a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS).
- Está recibiendo atención diurna social como su único servicio.

- Ya no requiere ni recibe al menos un CBLTSS cada mes calendario.
- En una reevaluación, mientras vive en la comunidad, se determina que ya no debe demostrar una necesidad funcional o clínica para recibir CBLTSS.
- Es encarcelado.
- A sabiendas, no completa ni presenta algún consentimiento o divulgación de información necesarios para realizar la evaluación obligatoria.
- Brinda información falsa a HomeFirst, engaña o se involucra en una conducta fraudulenta de acuerdo con cualquier aspecto fundamental de su membresía del plan.

HomeFirst le proporcionará al LDSS o a la entidad designada por el Departamento los resultados de su evaluación y las recomendaciones sobre la cancelación de la inscripción dentro de los cinco (5) días hábiles desde la evaluación por la que se toma dicha decisión.

Podemos pedirle que se retire de HomeFirst:

- Si usted, un miembro de su familia o cuidador informal se comportan de manera tal que afecte gravemente la capacidad de HomeFirst para brindarle servicios a usted o a otros miembros. HomeFirst debe hacer y documentar todos los esfuerzos razonables para resolver los problemas presentados por la persona. HomeFirst no puede solicitar la cancelación de la inscripción debido a un cambio adverso en su salud, debido a que usted necesita más servicios, debido a una capacidad mental disminuida o por comportamientos perturbadores y poco colaboradores causados por sus necesidades especiales.
- Si no cumple con el pago o no realiza los arreglos que HomeFirst considere necesarios para pagar el monto adeudado como excedente de Medicaid a HomeFirst dentro de los treinta (30) días después de su vencimiento, siempre que, durante ese período de treinta (30) días, HomeFirst haya realizado todos los esfuerzos razonables para cobrar dicho monto. El monto excedente de Medicaid es determinado por la HRA o el LDSS.

Antes de cancelar la inscripción de forma involuntaria, HomeFirst obtendrá la aprobación de New York Medicaid Choice (NYMC) o de 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 deje de ser elegible para la inscripción. Si continúa necesitando CBLTSS, se le pedirá que elija otro plan o se lo asignará automáticamente (se lo asignará automáticamente) a otro plan.

Si se cancela su inscripción de forma involuntaria, HomeFirst lo ayudará a transferirse a otro plan de atención administrada a largo plazo, un plan de atención administrada de Medicaid (si es elegible solo para Medicaid) o a servicios alternativos.

Competencia cultural y lingüística

HomeFirst honra sus creencias y es sensible a la diversidad cultural. Respetamos su cultura e identidad cultural y trabajamos para eliminar las disparidades culturales. Mantenemos una red de proveedores inclusiva y culturalmente competente y promovemos y garantizamos la prestación de servicios de una manera culturalmente apropiada a todos los miembros. Esto incluye, entre otros, a personas con conocimientos limitados de inglés, diversos orígenes culturales y étnicos, y diversas comunidades religiosas.

Derechos y responsabilidades de los miembros

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

Derechos de los miembros (Declaración de derechos)

- Tiene derecho a recibir atención médicamente necesaria.
- Tiene derecho a acceder de forma oportuna a la atención y los servicios.
- Tiene derecho a la privacidad de sus registros médicos y cuando reciba tratamiento.
- Tiene derecho a obtener información acerca de opciones de tratamiento disponibles y alternativas presentadas en una forma e idioma que usted comprenda.
- Tiene derecho a recibir información en un idioma que comprenda (puede obtener servicios de interpretación sin costo).
- Tiene derecho a recibir la información necesaria para emitir un consentimiento informado antes del comienzo del tratamiento.
- Tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- Tiene derecho a recibir una copia de sus registros médicos y solicitar que los registros se corrijan o enmienden.
- Tiene derecho a participar en decisiones relacionadas con la atención médica, incluido el derecho de negarse a recibir atención.
- Tiene derecho a no ser sometido a ninguna forma de restricción o reclusión utilizadas como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tiene derecho a recibir atención independientemente de su sexo, color, estado civil, raza, estado de salud, edad, identidad de género (incluso si es transgénero o tiene un diagnóstico de disforia sexual), orientación sexual, credo, religión, discapacidad física o mental, fuente de pago, tipo de enfermedad o condición, necesidad de servicios de salud, lugar de origen o la tasa que recibirá el plan de salud.

- Tiene derecho a quejarse ante el Departamento de Salud del estado de New York (consulte la información de contacto en la página 64), la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la ciudad de New York o el Departamento Local de Servicios Sociales, a utilizar el sistema de audiencia imparcial del estado de New York y, en algunas instancias, a solicitar una apelación externa ante el estado de New York.
- Tiene derecho a nombrar un representante para que hable por usted sobre su atención y tratamiento.
- Tiene derecho a dar directivas anticipadas y hacer planes sobre su atención.
- Tiene derecho a buscar asistencia del programa del defensor de los participantes.

Estos derechos se basan en los requisitos que se encuentran en la Ley de Salud Pública (PHL) 4408, en el Título 10, Artículo 98 1.14 de Códigos, Reglas y Regulaciones de New York (NYCRR), en el Título 42, Artículo 438.100 del Código de Regulaciones Federales (CFR) y en el Artículo 49 de la Ley de Salud Pública del estado de New York (NYS PHL).

El defensor de los participantes es una organización independiente que proporciona servicios de defensa gratuitos para beneficiarios de atención a largo plazo en el estado de New York. Estos servicios incluyen, entre otras cosas, lo siguiente:

- Prestación de apoyo para la preinscripción, como asesoramiento para la elección imparcial de un plan de salud e información general relacionada con el programa.
- Recopilación de quejase inquietudes de miembros sobre la inscripción, el acceso a los servicios y otros asuntos relacionados.
- Ayuda para los miembros para que comprendan los derechos y los procesos de audiencia imparcial, quejas y apelaciones dentro del plan de salud y a nivel estatal, y asistencia para los miembros durante el proceso si es necesario o lo solicitan, lo que incluye ayuda para realizar peticiones de registros a planes y proveedores.
- Información a los planes y proveedores, y recursos y apoyos basados en la comunidad que pueden vincularse con los beneficios cubiertos del plan.

Responsabilidades de los miembros

Como en la membresía de cualquier plan de atención médica, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades cuando se inscribe en HomeFirst. Encontrará una copia de la Declaración de derechos de los miembros en la página 71 de este manual. Como miembro, usted también tiene algunas responsabilidades. Por ejemplo:

- Recibir todos sus servicios cubiertos de la red de proveedores de HomeFirst.
- Obtener autorización de HomeFirst antes de recibir servicios sujetos a la revisión (consulte la sección **Autorizaciones de servicios, acciones y apelaciones de acciones** en la página 47).
- Pagar a HomeFirst cualquier excedente de Medicaid que pueda tener según lo determina el Departamento de Salud del estado de New York o la Administración de Recursos Humanos de la ciudad de New York.
- Llamar a HomeFirst cuando tenga preguntas acerca de su membresía o si necesita asistencia al 1-877-771-1119.
- Informar a HomeFirst cuando planee irse fuera de la ciudad para que podamos ayudarlo a organizar sus servicios.
- Informar a HomeFirst cuando crea que es necesario cambiar de plan de atención.

Queremos que HomeFirst sea el mejor plan de atención administrada a largo plazo disponible. Para alcanzar este objetivo, probablemente le enviemos una encuesta corta o nos comuniquemos con usted por teléfono para preguntarle cómo se siente con los servicios y la atención proporcionados por HomeFirst.

Debido a que Medicaid del estado de New York le paga a HomeFirst, el Departamento de Salud del estado de New York también evaluará a HomeFirst y a nuestros servicios para controlar cómo trabajamos para satisfacer sus necesidades. Le recomendamos que participe en el desarrollo de políticas de la organización. Si en cualquier momento tiene una sugerencia para mejorar los servicios, llame al 1-877-771-1119 (TTY: 711) o escriba a:

HomeFirst
Attn: Member Services
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

Valoramos las opiniones de los miembros y apreciamos cualquier comentario que pueda tener.

Directivas anticipadas

Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica. A veces, esto no es posible debido a accidentes o enfermedades graves. Puede prepararse para ciertas situaciones cuando no pueda tomar decisiones importantes de atención médica por su cuenta.

Las directivas anticipadas son documentos legales que garantizan que se cumplan sus solicitudes en caso de que no pueda tomar decisiones por sí mismo. Estos documentos pueden indicar qué atención desea recibir en determinadas circunstancias o pueden autorizar a un familiar o amigo en particular a tomar decisiones en su nombre.

Existen muchos tipos diferentes de directivas anticipadas:

- Testamento vital
- Poder de representación
- Poder notarial duradero para la salud
- Poder de representación para la atención médica
- Órdenes de no reanimar
- Órdenes médicas para el tratamiento de soporte vital (MOLST)

Usted elige si desea completar una directiva anticipada y qué tipo de directiva anticipada es la más adecuada para usted. La ley prohíbe cualquier tipo de discriminación en su contra en la atención médica según tenga directivas anticipadas o no.

Si desea obtener más información con respecto a estas directivas anticipadas, comuníquese con su proveedor de atención primaria, el representante de inscripción al momento de inscribirse o su equipo de administración de la atención. HomeFirst le brindará información por escrito acerca de las directivas anticipadas. Los formularios están disponibles si desea completar directivas anticipadas. El personal de HomeFirst también está disponible para responder preguntas que pueda tener respecto a estas directivas anticipadas. Si ya tiene directivas anticipadas, comparta una copia con su administrador de atención.

Fondos y pagos de HomeFirst

Cuando usted se inscribe, HomeFirst recibe un pago único por mes de Medicaid para brindarle todos los servicios cubiertos descritos en la página 18. No se cobrarán primas, copagos ni deducibles al miembro.

Pago de proveedores de la red por parte de HomeFirst

Todos los proveedores de la red tienen contrato con HomeFirst, y HomeFirst les paga todos los servicios cubiertos que ellos proporcionan. HomeFirst también tiene acuerdos contractuales con proveedores delegados que brindan servicios, como servicios dentales, de la vista y de la audición a nuestros miembros. Los proveedores de HomeFirst jamás deben cobrarle un copago. Si usted recibe una factura directamente de parte de un proveedor, no la pague y llame a Servicios para los Miembros al 1-877-771-1119 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m., y le resolverán la situación.

Excedente (excedente/responsabilidad económica del paciente de Medicaid o NAMI)

La cantidad excedente, también denominada responsabilidad económica del paciente o ingresos mensuales netos disponibles (NAMI), hace referencia a la cantidad de ingresos que el LDSS, la HRA de la ciudad de

New York o la entidad designada por el Departamento determinan que la persona debe pagar mensualmente para cumplir con los requisitos de elegibilidad financiera de Medicaid a fin de continuar con la cobertura de Medicaid. Si el LDSS, la HRA o la entidad designada por el Departamento determinan que usted debe una obligación de excedente mensual, HomeFirst debe facturarle los cargos excedentes determinados.

El LDSS, la HRA o la entidad designada por el Departamento le notificarán a HomeFirst si el monto de la obligación de excedente cambia, para que puedan realizarse los ajustes pertinentes. Si es necesario, su equipo de administración de la atención puede analizar este proceso en detalle con usted.

Finalización debido al incumplimiento de pago

HomeFirst puede iniciar la cancelación involuntaria de la inscripción si un miembro no cumple con el pago de cualquier monto que adeude como excedente de Medicaid dentro de los treinta (30) días después del vencimiento de dicho monto. HomeFirst hará los esfuerzos razonables para cobrar el excedente, incluso un reclamo por escrito del pago y asesoramiento al miembro sobre su cancelación potencial de la inscripción. Consulte la página 67 o encontrará una explicación completa acerca de la “Cancelación involuntaria”.

Información disponible a pedido

Si desea recibir la siguiente información, usted o su representante designado pueden escribir a la siguiente dirección:

HomeFirst
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

Solo indique qué documentos requiere y se los enviaremos por correo dentro de diez (10) días hábiles. La información incluye lo siguiente:

- Una lista con los nombres, las direcciones comerciales y los puestos oficiales de los miembros del consejo, los funcionarios, las personas de control y los propietarios o los socios de HomeFirst.
- La política y los procedimientos para proteger la confidencialidad de los registros médicos y otra información de los miembros.
- Una descripción por escrito del plan de garantía de calidad de HomeFirst.
- Información relacionada con la autorización de un servicio para una enfermedad o condición en particular con el objetivo de ayudar al miembro o miembro potencial a evaluar los servicios cubiertos.
- Procedimientos de solicitud de inscripción por escrito y calificaciones mínimas para que los proveedores de atención médica sean considerados por HomeFirst.
- Información sobre la estructura y el funcionamiento de HomeFirst.
- Una copia del estado financiero certificado anual más reciente de HomeFirst que incluya una hoja de balance, resúmenes de recibos y desembolsos preparados por un contador público matriculado (CPA).

Notificación electrónica

HomeFirst y nuestros proveedores pueden enviarle avisos sobre las autorizaciones de servicio, las apelaciones del plan, las quejas y las apelaciones de quejas electrónicamente, en lugar de hacerlo por correo. También podemos enviarle comunicaciones sobre su manual de miembro, nuestro directorio de proveedores y los cambios a los beneficios de atención administrada de Medicaid electrónicamente, en lugar de hacerlo por correo.

Si selecciona notificaciones electrónicas, haremos que sus avisos estén disponibles en su portal web para miembros. Tiene la opción de recibir un correo electrónico o mensaje de texto cuando los avisos estén disponibles en el portal web. Pueden aplicarse tarifas estándares de mensajes de texto y datos. Si quiere recibir estos avisos electrónicamente, debe pedírnoslo.

Para pedir los avisos por vía electrónica, comuníquese con nosotros por teléfono, en línea o por correo postal:

Teléfono	1-877-771-1119
En línea	notices.homefirst.org
Correo postal	HomeFirst c/o Command Direct PO Box 18023 Hauppauge, NY 11788

Cuando se comunique con nosotros, háganos saber:

- cómo quiere recibir los avisos que suelen enviarse por correo;
- cómo desea recibir los avisos que normalmente se realizan por llamada telefónica, y
- su información de contacto (número de teléfono celular, dirección de correo electrónico, número de fax, etc.).

Aviso sobre prácticas de privacidad de HomeFirst

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 9/1/2020

Este aviso describe cómo su información de salud puede ser utilizada y divulgada, y cómo puede obtener acceso a esta información. Revíselo cuidadosamente.

Este aviso resume las prácticas de privacidad de HomeFirst (el "Plan"), su fuerza laboral, el personal médico y otros profesionales de la salud. Es posible que compartamos su información protegida de salud ("PHI" o "Información de salud") entre nosotros para los fines descritos en este aviso, incluidas las actividades administrativas del Plan.

El Plan se compromete a proteger la privacidad de la PHI de nuestros miembros. La PHI es información que: (1) lo identifica (o puede ser utilizada de manera razonable para identificarlo), y (2) que está relacionada con su afección o estado de salud física o mental, la prestación o el pago de su atención médica.

Nuestras obligaciones

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su PHI.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso, y otorgarle una copia.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de manera distinta a la descrita en este documento, a menos que usted lo autorice por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Infórmenos por escrito si esto sucede.

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud. No se enumeran todas las formas de uso o divulgación autorizadas de una categoría, pero las categorías proporcionan ejemplos de usos y las divulgaciones permitidas por ley.

Pago. Podemos usar y divulgar información de salud para procesar y pagar las reclamaciones presentadas a nosotros por usted o sus médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica para los servicios proporcionados a usted. Por ejemplo, otros pagos pueden incluir el uso de la información de salud para determinar la elegibilidad para beneficios, la coordinación de beneficios, el cobro de primas y la necesidad médica. También podemos compartir su información con otro plan de salud que le proporcione o le haya proporcionado cobertura a usted para pagos o para detectar o prevenir fraude y abuso de la atención médica.

Actividades de atención médica. Podemos usar y divulgar la información de salud para las actividades de atención médica que son las actividades administrativas que participan en las operaciones del Plan. Por ejemplo, podemos usar la información de salud para operar y manejar nuestras actividades comerciales relacionadas con proporcionar y administrar su cobertura de atención médica o resolver reclamos.

Tratamiento. Podemos divulgar su información de salud con su proveedor de atención médica (farmacias, médicos, hospitales, etc.) para que el proveedor pueda brindarle atención. Por ejemplo, si usted está en el hospital, podemos divulgar la información que su médico nos haya enviado.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento, y beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar información de salud para ponernos en contacto con usted con el fin de recordarle que tiene una cita/consulta con nosotros o su proveedor de atención médica. También podemos usar y divulgar información de salud para contarle sobre nuestras opciones de tratamiento, alternativas, beneficios relacionados con la salud o servicios que puedan interesarle.

Al proporcionarnos cierta información, usted acepta expresamente que el Plan y sus socios comerciales pueden usar cierta información (como su número de teléfono particular/laboral/de celular y su correo electrónico) para comunicarse con usted sobre distintos asuntos, como citas de seguimiento, cobro de montos adeudados y otras cuestiones operativas. Usted acepta que puede ser contactado por medio de la información que nos proporcionó y por mensajes pregrabados/con voz artificial y mediante el uso de un sistema de marcado automático/predictivo.

Personas que participan de su atención médica o el pago de su atención médica. Podemos divulgar información de salud a una persona, como un miembro de la familia o un amigo, que participe de su atención médica o que ayude con el pago de esta. También podemos notificarles a esas personas sobre su ubicación o condición general, o divulgar dicha información a una entidad que se encuentre ayudando en caso de desastre. En estos casos, solo compartiremos la información de salud que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica o en el pago relacionado con su atención médica.

Representantes personales. Podemos divulgar su información de salud a su representante personal, si lo hubiese. Un representante personal posee autoridad legal para actuar en su nombre en la toma de decisiones relacionadas con su atención médica o el pago de esta. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a una persona con un poder de representación duradero o a un tutor legal.

Investigación. En determinadas circunstancias, como organización que realiza investigaciones, podemos usar y divulgar la información de salud con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede incluir comparar la salud y recuperación de todos los miembros que recibieron un medicamento o tratamiento con aquellos que recibieron otro para la misma condición. Antes de usar o divulgar la información de salud para investigación, el proyecto pasará por un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la información de salud para equilibrar los beneficios de la

investigación con la necesidad de privacidad de la información de salud. También podemos permitir que los investigadores consulten registros para ayudarlos a identificar miembros que pueden estar incluidos en su proyecto de investigación o para otros fines similares.

Actividades de recaudación de fondos. Podemos usar o divulgar su información demográfica (por ejemplo, nombre, dirección, números de teléfono y otra información de contacto), las fechas en las que se le brindó atención médica, el estado de su atención médica, el departamento y los médicos que le proporcionaron los servicios, y la información de los resultados del tratamiento para comunicarnos con usted en un esfuerzo para recaudar fondos y apoyar al Plan y otras entidades sin fines de lucro con las que estemos realizando un proyecto conjunto de recaudación de fondos. También podemos divulgar su información de salud a una fundación relacionada o a nuestros socios comerciales para que se comuniquen con usted con el fin de recaudar fondos para nosotros. Si realmente usamos o divulgamos su información de salud para fines de recaudación de fondos, le informaremos sus derechos para que lo saquen de la lista y no reciba más comunicaciones de recaudación de fondos.

Circunstancias especiales

Además de lo mencionado anteriormente, podemos usar y divulgar información de salud en las siguientes circunstancias especiales. Debemos cumplir con numerosas condiciones requeridas por la ley antes de poder compartir su información para estos fines.
Para más información, consulte:
hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Según lo exija la ley. Divulgaremos su información de salud cuando así lo exija la ley internacional, federal, estatal o local.

Para impedir una amenaza grave a la salud o la seguridad. Podemos usar y divulgar información de salud cuando sea necesario para evitar o disminuir una amenaza grave para su salud o seguridad, o para la salud y la seguridad pública o de otra persona. Sin embargo, toda divulgación se hará a una persona que creamos que pueda ayudar a evitar la amenaza.

Socios comerciales. Podemos divulgar información de salud a los socios comerciales con los que colaboramos para proporcionar servicios en nuestro nombre si se necesita la información para esos servicios. Por ejemplo, podemos usar otra empresa para que preste los servicios de facturación en nuestro nombre. Nuestros socios comerciales están obligados, por contrato con nosotros, a proteger la privacidad de su información y no tienen permitido usar ni divulgar ninguna información que no sea la especificada en nuestro contrato con ellos.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, podemos divulgar información de salud a las organizaciones que administran la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación y el trasplante de órganos y tejidos.

Militares y veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información de salud según lo exijan las autoridades de mando militar. También podemos divulgar información de salud a la autoridad militar extranjera correspondiente si usted es un miembro de un ejército extranjero.

Compensación laboral. Podemos divulgar información de salud que se autorice y en la medida en la que sea necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación laboral u otros programas similares establecidos por ley. Estos programas brindan beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

Riesgos relacionados con la salud pública. Podemos divulgar información de salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones para prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad; informar nacimientos o muertes; informar abuso o abandono de menores; informar reacciones a medicamentos o problemas con los productos; notificar a las personas sobre el retiro de productos del mercado que puedan estar utilizando; rastrear ciertos productos y controlar su uso y efectividad y si está autorizado por ley; notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer

o contagiar una enfermedad o condición; y realizar tareas de supervisión médica de nuestros centros médicos en ciertas circunstancias limitadas con respecto a enfermedades o lesiones en el lugar de trabajo. También podemos divulgar información de salud a una autoridad gubernamental apropiada en caso de violencia; Sin embargo, solo divulgaremos esta información si el miembro está de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y certificación profesional de nuestros centros médicos y proveedores. El gobierno necesita estas actividades para controlar el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas y acciones legales. También podemos divulgar información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal que realiza otra persona involucrada en la acción legal, pero solo si se realizaron los esfuerzos necesarios para notificarle a usted acerca de este pedido o para obtener una orden de protección para la información solicitada.

Cumplimiento de la ley. Podemos divulgar información de salud si lo solicitara un oficial del orden público de la siguiente manera: (1) en respuesta a una orden judicial, citación, notificación o proceso similar; (2) información limitada para identificar o ubicar a una persona sospechosa, fugitiva, testigo material o persona desaparecida; (3) acerca de la víctima de un delito, si en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona; (4) acerca de una muerte que consideramos que ocurrió debido a una conducta delictiva; (5) acerca de evidencia de conducta delictiva en nuestras instalaciones, y (6) en circunstancias de emergencia para informar un delito, la ubicación del delito o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que lo cometió.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos divulgar información de salud a peritos forenses o médicos forenses. En algunas circunstancias esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar información de salud a directores de funerarias según sea necesario para que puedan realizar sus tareas.

Actividades de seguridad e inteligencia nacional. Podemos divulgar información de salud a funcionarios federales autorizados de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

Servicios de protección del Presidente de los Estados Unidos y otras personas. Podemos divulgar información de salud a funcionarios federales autorizados para que protejan al presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, o para que realicen investigaciones especiales.

Personas presas u otras personas en custodia. En el caso de las personas presas en un instituto correccional o bajo custodia de un funcionario de cumplimiento de la ley, podemos divulgar información de salud al instituto correccional o al funcionario de cumplimiento de la ley. Esta divulgación se hará solo si fuese necesaria (1) para que el instituto le brinde atención médica, (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas, o (3) para la seguridad del instituto correccional.

Restricciones adicionales en la utilización y divulgación: Algunos tipos de información de salud que incluyen, entre otros, información relacionada con abuso de alcohol y drogas, tratamiento de problemas de salud mental, genéticos y de información confidencial relacionada con el VIH necesitan autorización previa por escrito para su divulgación y están sujetas a otras protecciones de privacidad especiales según las leyes del estado de New York u otras leyes federales, por lo que es posible que algunas partes de este aviso no apliquen.

En el caso de la información genética, no utilizaremos ni compartiremos su información genética para fines de aseguramiento.

Si la utilización o divulgación de la información de salud descrita anteriormente en este Aviso se encuentra prohibida, o de otro modo restringida por otras leyes que se aplican a nosotros, nuestra política es cumplir con los requisitos de la ley más estricta.

Usos y divulgaciones que requieren autorización por escrito

En situaciones diferentes a las descritas anteriormente, pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información personal. Por ejemplo, obtendremos su autorización:

1) para fines de comercialización que no estén relacionados con su plan de beneficio;
2) antes de divulgar cualquier nota de psicoterapia;
3) en relación con la venta de su información de salud, y
4) por otras razones según lo exija la ley. Por ejemplo, la ley estatal también exige que pidamos su autorización por escrito antes de usar o divulgar información relacionada con el VIH/SIDA, el abuso de sustancias o la información de salud mental.

Usted tiene derecho a revocar cualquiera de esas autorizaciones, excepto en circunstancias limitadas, por ejemplo, si ya hemos procedido de acuerdo con la autorización.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos, sujetos a ciertas limitaciones, sobre la información de salud que mantenemos sobre usted; todas las solicitudes deben hacerse POR ESCRITO:

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información de salud que utilizamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Tiene derecho a solicitar un límite en la información de salud que divulgamos sobre usted a otra persona que participa en su atención médica o en el pago de su atención médica, como un miembro de su familia o amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos negarnos en caso de que afecte su atención. Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con esta, salvo que necesitemos usar la información en ciertas situaciones de tratamiento de emergencia.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales. Si indicó con claridad que la divulgación de la totalidad o parte de su información de salud podría ponerlo en peligro, tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en cierta forma o en cierto lugar distinto de nuestros medios de comunicación usuales. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted solo por envío de correo postal a una casilla de correo en vez de enviarla a su domicilio, o puede querer recibir llamadas a un número de teléfono alternativo. Su solicitud debe ser por escrito y debe especificar cómo o dónde desea que lo contactemos.

Derecho a inspeccionar y recibir copias. Tiene derecho a inspeccionar y a recibir una copia de su información de salud que tenemos en nuestros registros y que utilizamos para tomar decisiones sobre la inscripción, atención o pago de su atención, incluida la información guardada en un registro médico electrónico. Si desea revisar o recibir una copia de estos registros, debe solicitarlo por escrito. Es posible que le cobremos un cargo razonable por el costo de las copias y el envío de los registros. Podemos denegarle el acceso a cierta información. Si lo hacemos, le

comunicaremos la razón por escrito. También le explicaremos cómo puede apelar la decisión.

Tenga en cuenta que puede haber un cargo por las copias en papel o electrónicas de sus registros.

Derecho a enmendar. Si cree que la información de salud que tenemos es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que la enmendemos. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras nosotros mantengamos la información. Debe decirnos el motivo de su solicitud.

Podemos denegarle la solicitud de enmendar su registro. Podemos rechazarla si su solicitud no se presenta por escrito o si no incluye un motivo que la respalde. También podemos rechazar su solicitud si nos pide que enmendemos información que:

- nosotros no generamos;
- no sea parte de los registros usados para tomar decisiones sobre usted;
- no sea parte de la información que usted está autorizado a inspeccionar y a recibir una copia; o
- sea correcta y esté completa.

Derecho a un registro de divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar un registro de ciertas divulgaciones de información de salud que realizamos en un período de seis (6) años. El registro solo incluirá divulgaciones que no se hayan realizado para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica, o para "circunstancias especiales", como se indicó en este aviso. Usted tiene derecho a un registro de divulgaciones sin cargo. Las solicitudes subsiguientes dentro de un período de doce (12) meses pueden estar sujetas a un cargo.

Derecho a obtener una copia impresa de este aviso. Usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos la entrega de una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso cuando haya aceptado recibir este aviso de manera electrónica, tiene derecho a obtener una copia impresa. Puede obtener una copia de este aviso en cualquier momento desde el sitio web del plan: **elderplan.org/**

Cómo ejercer sus derechos

Para ejercer cualquiera de sus derechos descritos en este aviso, además de obtener una copia impresa de este aviso, debe contactarse con el Plan.

HomeFirst
Attn: Regulatory Compliance
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041
1-800-353-3765 (TTY: 711)

Notificación de violación

Mantendremos su información de salud de manera reservada y segura según lo exige la ley. En caso de una violación (según lo define la ley) de cualquier información de salud, le notificaremos dentro de los sesenta (60) días posteriores al descubrimiento de la violación, salvo que un organismo de orden público solicite una demora en la notificación.

Intercambio electrónico de información de salud

El Plan puede participar en varios sistemas de intercambio electrónico de información de salud con otros proveedores de atención médica, redes de intercambio de información médica y planes de salud. Otros proveedores, redes de intercambio de información médica y planes de salud pueden acceder a su información de salud que mantiene el Plan para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Además,

el Plan puede acceder a su información de salud que mantienen otros proveedores, redes de intercambio de información médica y planes de salud para fines de tratamiento, pago u operación de atención médica; pero solamente con su consentimiento.

Cambios en este aviso

Nos reservamos el derecho a realizar cambios en este aviso y a hacer que el aviso modificado o revisado entre en vigencia para la información de salud que ya poseemos y para la información que recibamos en el futuro. El nuevo aviso estará disponible a su solicitud, publicado en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia. El aviso contendrá la fecha de vigencia en la primera página, en la esquina superior izquierda.

Quejas y preguntas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros. Para presentar una queja ante nosotros, comuníquese con la Oficina de Privacidad a la dirección que figura a continuación. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

HomeFirst
Attn: Regulatory Compliance
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

Además, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de las siguientes maneras:

- Enviando una carta a
  200 Independence Avenue, S.W.
  Washington, D.C. 20201
- Llamando al 1-877-696-6775, o
- Visitando **hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**.

No tomaremos represalias contra usted si ejerce su derecho de presentar una queja. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, llame al 1-855-395-9169 (TTY: 711).

AVISO SOBRE NO DISCRIMINACIÓN

Elderplan/HomeFirst cumple con las leyes federales de derechos civiles. **Elderplan/HomeFirst** no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (como se define en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales [CFR], Sección 92.101[a][2]).

Elderplan/HomeFirst brinda lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita alguno de estos servicios, llame a **Elderplan/HomeFirst** al 1-877-771-1119. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Si considera que Elderplan/HomeFirst no le ha proporcionado estos servicios o lo ha tratado de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante el coordinador de derechos civiles por los siguientes medios:

- Correo postal: 55 Water Street, 46th Floor, New York, NY 10041
- Teléfono: 1-877-326-9978 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711)
- Fax: 1-718-758-3643
- En persona: 55 Water Street, 46th Floor, New York, NY 10041
- Correo electrónico: COMPLIANCEDEPT@MJHS.ORG

Además, puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de las siguientes maneras:

- Sitio web: Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**
- Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue SW., Room 509F,
  HHH Building Washington, DC 20201
- Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

Los formularios de quejas están disponibles en **hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Este aviso está disponible en el sitio web de Elderplan/HomeFirst: **elderplan.org/disclaimers/notice-of-nondiscrimination/**

LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 1-877-771-1119 (TTY:711).	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 1-877-771-1119 (TTY:711).	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 1-877-771-1119 (TTY:711)。	Chinese
ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم 1-877-771-1119 (TTY:711).	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-771-1119 (TTY:711) 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 1-877-771-1119 (TTY:711).	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 1-877-771-1119 (TTY:711).	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 1-877-771-1119 (TTY:711).	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-771-1119 (TTY:711).	French Creole
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. רופט 1-877-771-1119 (TTY:711) .	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 1-877-771-1119 (TTY:711).	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 1-877-771-1119 (TTY:711).	Tagalog
মনোযোগ নামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-877-771-1119 (TTY:711)-এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 1-877-771-1119 (TTY:711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 1-877-771-1119 (TTY:711).	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-771-1119 (TTY:711)۔	Urdu

elderplan homefirst®

una agencia participante del Sistema de Salud MJHS

55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

1-877-771-1119

De lunes a viernes,
de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

www.homefirst.org