

2021

 homefirst®
Un producto de Elderplan



Manual para los miembros

H3347_EPSHF70032

En vigencia a partir del 12/1/2020.

Nombres y números de teléfono importantes de HomeFirst

Servicios para los Miembros: (718) 759-4510

Número gratuito: 1-877-771-1119

TTY/TDD: 711

Directora ejecutiva: (718) 759-4022

Equipo de administración de la atención:

Su médico:

Su farmacia:

Sugerencias para ayudarlo con la atención de su salud

Siempre recuerde...

- 1.** Decirles a su médico 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 siempre que le suceda lo siguiente:
 - Requiera un servicio cubierto por HomeFirst o necesite ayuda para obtener un servicio.
 - Tenga preguntas sobre si un servicio está cubierto por 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, sus tarjetas de Medicare y Medicaid, y otras tarjetas de seguros de salud que tenga cuando consulte a su médico o a otros proveedores de atención médica.

Bienvenido a HomeFirst

Estimado miembro de HomeFirst:

Le damos la bienvenida a HomeFirst, un producto de Elderplan, y le agradecemos por elegirnos para satisfacer sus necesidades de atención a largo plazo.

Este manual para los miembros le servirá de guía en HomeFirst, un plan de atención administrada a largo plazo que le ofrece servicios de atención a largo plazo integrales. El manual para los miembros describe quién puede ser elegible para HomeFirst, los beneficios de la membresía, y nuestras políticas y procedimientos. Además, lo ayudará a comprender lo que se necesita para obtener servicios y cómo trabajar de la mejor manera con su Equipo de administración de la atención, que posee experiencia en la atención a largo plazo.

Revise atentamente este manual. Es muy importante que se familiarice con las políticas y los procedimientos descritos en este manual para poder aprovechar al máximo su membresía en HomeFirst. Si, después de leer este manual, le gustaría obtener más información o hacer alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para los Miembros al (718) 759-4510 o al número gratuito 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). Están disponibles para ayudarlo.

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 médico de atención primaria, quienes trabajan juntos y lo ayudarán a recibir los servicios de atención médica en el centro, en la comunidad y en su hogar que usted necesita.

Gracias por elegir HomeFirst. Esperamos poder prestarle nuestros servicios.

Atentamente,

Felicia Johnson

Directora ejecutiva

Índice

Acerca de HomeFirst.....	2
Confidencialidad	3
Directivas anticipadas.....	5
Servicios para los Miembros	6
Elegibilidad e inscripción	8
Solicitud de retiro de la inscripción	14
Negación de la inscripción	14
Coordinación de la atención.....	15
Cuidado de transición	17
Qué debe hacer en una emergencia médica	19
Atención de emergencia	20
Atención fuera del área.....	21
Servicios cubiertos	23
Servicios no cubiertos.....	35
Coordinación de los servicios cubiertos y no cubiertos.....	36
Cómo obtener servicios cubiertos	38
Autorización de un servicio y acciones.....	43
Proceso de quejas y apelaciones	49
¿Cómo apelo la decisión de una queja?	51
Declaración de derechos de los miembros de HomeFirst.....	60
Sus responsabilidades	62
Cancelación de la inscripción a la membresía.....	64
Cancelación involuntaria de la inscripción.....	65
Fondos y pagos de HomeFirst	67
Información que HomeFirst le brindará si la solicita	69
Aviso sobre prácticas de privacidad de HomeFirst	71

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 atención administrada a largo plazo (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 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 capitolativa. En HomeFirst,

le ofrecemos una amplia selección de servicios cubiertos a través de los proveedores de nuestra red sin costo alguno para usted (consulte los Servicios cubiertos en la página 23) y podemos coordinar otros servicios, incluidos los cubiertos por Medicare (consulte la página 35).

Como miembro de HomeFirst tendrá los siguientes beneficios:

- Coordinación de todos los servicios de atención médica con su(s) médico(s) y proveedores de atención médica.
- Un Equipo de administración de la atención compuesto por un asesor de enfermería certificado, un administrador de atención, un trabajador social 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 médico diseñan específicamente para usted.

- Amplias opciones de servicios, incluidos servicios basados en la comunidad, preventivos y de rehabilitación.
 - Una enfermera 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 “Notice of Privacy Practice” (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.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son estipuladas por ley. Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.

¿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.
- Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros.**
- Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, que el plan conserva sobre usted, 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 corriamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios se deberían realizar. 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

De lunes a viernes,
de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
(718) 759-4510 o al número
gratuito **1-877-771-1119**

Su tarjeta de identificación de HomeFirst

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 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.



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. La preparación de directivas anticipadas le asegurará que se cumplan todos sus deseos de atención médica.

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

Usted elige si desea completar una instrucción anticipada y qué tipo de instrucción 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 médico de atención primaria, el representante de inscripción al 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.

Servicios para los Miembros

HomeFirst quiere que usted comprenda su plan de atención administrada a largo plazo y reciba la mejor atención posible.

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. Puede comunicarse con Servicios para los Miembros llamando a:

Servicios para los Miembros

De lunes a viernes,
de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
(718) 759-4510 o al número
gratuito **1-877-771-1119**

Competencia cultural y servicios de interpretación

HomeFirst promoverá y garantizará la prestación de servicios de

una manera culturalmente competente a todos los miembros, incluidos, entre otros, aquellos con dominio limitado del inglés y diversos orígenes culturales y étnicos, así como los miembros de diversas comunidades religiosas.

“Competencia cultural” significa poder funcionar de manera eficaz en el contexto de las creencias culturales, los comportamientos y las necesidades del miembro y sus comunidades en todos los niveles de organización del proveedor.

HomeFirst cuenta con personal que habla diferentes idiomas y también tiene 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, italiano, haitiano criollo y español. Si requiere servicios de traducción, no dude en ponerse en contacto

con Servicios para los Miembros llamando al (718) 759-4510, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m., o al número gratuito 1-877-771-1119 y solicitar hablar con un intérprete o pedir 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 cuenta con un manual de tamaño de letra GRANDE que está disponible 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.

Servicio de guardia fuera del horario laboral

Si necesita ayuda después del horario laboral, durante el fin de semana o en un día feriado, un miembro de nuestro personal lo ayudará. Una enfermera de guardia responderá sus preguntas con respecto a su afección médica y lo ayudará con el procedimiento adecuado a seguir. Además, puede derivarlo a un hospital, contactar a su médico o realizar un seguimiento si hay algún problema con un proveedor o servicio. Para comunicarse con HomeFirst durante la noche, fines de semanas o feriados, llame a:

Servicios para los Miembros

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

(718) 759-4510 o al número gratuito **1-877-771-1119**

No necesita llamar a HomeFirst antes de obtener atención de emergencia (consulte la página 20).

Elegibilidad e inscripción

A fin de poder inscribirse en HomeFirst, usted deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Tener 18 años o más.
- Residir en uno de los cinco distritos municipales de la ciudad de New York o en los condados de Dutchess, Nassau, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan, Ulster o Westchester.
- Ser elegible para Medicaid con beneficios totales, según lo determinado por el Departamento Local de Servicios Sociales (Local Department of Social Services, LDSS) o la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration, HRA).
- Ser capaz de regresar a su hogar y su comunidad, o de permanecer en ellos, sin poner en peligro su salud y seguridad en el momento de la inscripción, a menos que se lo designe como residente a largo plazo de un asilo de ancianos.
- Ser medicamente elegible para el nivel de atención de un asilo de ancianos en el momento de la

inscripción, si usted tiene entre 18 y 20 años y tiene doble elegibilidad (Medicare y Medicaid) o si tiene 18 años o más y solo es elegible para Medicaid.

- Ser elegible para obtener atención administrada a largo plazo según lo determine HomeFirst o una entidad designada por el Departamento a través de la herramienta de elegibilidad actual del estado de New York. Se espera que necesite, al menos, uno de los siguientes servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad (CBLTCS) y administración de la atención de HomeFirst durante más de 120 días consecutivos a partir de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción:
 1. Servicios de enfermería en el hogar
 2. Terapias en el hogar
 3. Servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar
 4. Servicios de atención personal en el hogar
 5. Atención médica diurna para adultos

6. Atención de enfermería privada

7. Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor

Si existe la posibilidad de que usted necesite recibir servicios agudos para pacientes internados o permanecer en un asilo de ancianos durante los 120 días consecutivos, esta no se tendrá en cuenta para determinar la elegibilidad de un solicitante al momento de la inscripción.

Si durante el proceso de selección se determina que una persona está inscrita en otro plan de atención administrada capitativo por Medicaid, un Programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, un Programa de tratamiento diurno de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD), o que está recibiendo servicios de un hospicio, la persona puede quedar inscrita en HomeFirst cuando termine con dichos planes o programas.

Si se espera que la persona sea un paciente internado o residente de hospitales o centros residenciales operados bajo los auspicios de la Oficina de Salud Mental del Estado, la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo o la Oficina de Servicios para Tratar Alcoholismo y Abuso de Sustancias en el primer día de inscripción, la persona no puede comenzar con la inscripción a menos que cancele su inscripción o sea dada de alta del programa o de los servicios que recibe actualmente.

Proceso de inscripción

La elegibilidad para la inscripción en HomeFirst se debe establecer a través de un proceso de evaluación. La inscripción es voluntaria y usted puede elegir cancelar la inscripción en cualquier momento. Para comenzar con el proceso de inscripción, un representante de inscripción se pondrá en contacto con usted dentro de los cinco (5) días de saber de su posible interés en HomeFirst y confirmará que cumpla con los requisitos de elegibilidad basados en la edad,

ubicación geográfica de residencia y elegibilidad de Medicaid.

Determinaremos si necesita una consulta con una enfermera del Centro de inscripciones y evaluaciones sin conflictos (Conflict-Free Evaluation and Enrollment Center, CFEEC) de New York Medicaid CHOICE.

El Centro de inscripciones y evaluaciones sin conflictos (CFEEC) es la entidad que tiene contratos con el Departamento de Salud del estado de New York para proporcionar evaluaciones iniciales a fin de determinar si usted es elegible para atención a largo plazo basada en la comunidad (CBLTC) durante un período continuo de más de 120 días. El CFEEC será responsable de proporcionar determinaciones sin conflictos al pasar por el Sistema de evaluación uniforme (UAS) por usted en caso de que necesite atención. Las evaluaciones del CFEEC se realizan en su hogar. Usted necesitará una consulta con una enfermera si es nuevo en el servicio de atención a largo plazo y si le interesa inscribirse

por primera vez o si no ha estado inscrito en un plan los últimos 45 días. Nuestro representante de inscripción lo comunicará con el Centro de inscripciones y evaluaciones sin conflictos (CFEEC) de New York Medicaid CHOICE, o usted puede llamar directamente al 1-855-222-8350, TTY 1-888-329-1546.

Las personas que se transfieren desde otro plan de atención administrada a largo plazo u otro plan de Medicaid común, y son beneficiarias de Medicare, no requieren una evaluación del CFEEC.

Si usted realizó una transferencia de plan a plan o si su evaluación del CFEEC se completó y usted es considerado elegible para inscribirse en los servicios de atención administrada a largo plazo, nuestro representante de inscripción lo ayudará a programar una cita con una enfermera de inscripción de HomeFirst con un representante de inscripción.

Una enfermera de inscripción realizará una consulta a domicilio para proporcionarle información

sobre nuestro plan y proponerle un plan de atención para que usted considere. Usted tendrá que presentar todas las tarjetas de seguros, incluso su tarjeta de Medicaid y la de Medicare si es elegible. En ese momento, se le brindará una explicación completa del plan de atención administrada a largo plazo de HomeFirst y usted tendrá la oportunidad de realizar preguntas y analizar sus necesidades específicas. Una enfermera de HomeFirst obtendrá su historia médica y le realizará una evaluación integral para determinar sus necesidades de plan de atención.

Si está interesado en inscribirse en HomeFirst, se le requerirá que firme una autorización para proveer información médica. La enfermera 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.

Luego, HomeFirst podrá establecer y coordinar los servicios incluidos en su plan de atención personalizado.

La atención diurna social puede contribuir a su plan de atención personalizado, pero no puede ser el único servicio que recibirá.

Si elige inscribirse en HomeFirst y transferirse desde un plan de atención administrada de Medicaid común, tanto usted como su médico deben completar el formulario de transferencia a un plan de NY Medicaid CHOICE requerido y completar una evaluación del CFEEC, si solo es beneficiario de Medicaid. En este formulario, tanto usted como su médico de atención primaria deben declarar que usted necesita 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 inscribirse en un plan de atención administrada a largo plazo como HomeFirst.

Si usted quiere trasladarse a otro plan Medicaid de MLTC:

Usted puede probar nuestros servicios durante 90 días. Durante ese plazo, puede dejar HomeFirst e inscribirse en otro plan de salud en cualquier momento. 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). Algunos ejemplos de causas justas incluyen los siguientes:

- **Usted se muda fuera del área de servicio.**
- **Usted, el plan y el Departamento de Servicios Sociales de su condado o el Departamento de Salud del Estado de New York acuerdan que el retiro de HomeFirst es lo mejor para usted.**
- **Su actual proveedor de atención en el hogar 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 sin una causa justificada.

Para cambiar de plan: Llame a New York Medicaid CHOICE al 1-800-505-5678. 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 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.

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 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 NY Medicaid CHOICE antes del mediodía del día 20 del mes se aceptarán para la inscripción en el primer día del siguiente mes si la solicitud está completa y su servicio de Medicaid está activo.

Si el día 20 del mes es feriado o fin de semana, la solicitud de inscripción se enviará antes del mediodía del día laboral anterior.

Una vez inscrito, se le asignará un Equipo de administración de la atención y se le enviará una tarjeta de membresía de HomeFirst.

- **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 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.**

Solicitud de retiro de la inscripción

Si decide no continuar con la solicitud, será considerado como un retiro de la solicitud. Puede retirar su solicitud o acuerdo de inscripción antes del mediodía del día 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 los servicios de pago por servicio de Medicaid través del LDSS o la HRA.

- Y 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 a pago por servicio de Medicaid para obtener atención a largo plazo 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 al Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS) o NY 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 asilo de ancianos, 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 120 días consecutivos desde la fecha de inscripción.
- Se le negará la inscripción si, en el momento de la 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, **a menos que se lo designe como residente a largo plazo de un asilo de ancianos.**

Usted puede retirar su solicitud antes de que el LDSS o NY Medicaid CHOICE procesen la recomendación para la negación de la inscripción comunicando su deseo de hacerlo de manera oral o escrita.

Si HomeFirst determina que usted no cumple con uno o más de los requisitos de elegibilidad, recomendaremos la negación de la inscripción y será notificado por escrito. Solo se le negará la inscripción si el LDSS o NY Medicaid CHOICE concuerdan con la determinación de HomeFirst de que usted no es elegible.

Coordinación de la atención

Al inscribirse, se le asigna a cada miembro un Equipo de administración de la atención, que incluye administradores de atención social y clínica junto con apoyo administrativo. Este equipo es responsable de coordinar su atención y de proporcionarle una administración de la atención y un plan de servicio centrado en la persona (PCSP) de calidad.

Su plan de servicio centrado en la persona 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. Recibirá un plan de servicio

centrado en la persona después de su evaluación inicial, o reevaluación cuando corresponda, que debe completarse en un plazo de quince (15) días desde la inscripción/ reevaluación, o se debe documentar el motivo de cualquier demora en su registro. Debe firmar el PCSP completo, usted recibirá una copia y HomeFirst debe conservar la otra copia firmada. Solicitaremos su firma. Si usted se niega, el rechazo quedará documentado en su registro. Su Equipo de administración de la atención trabajará junto a usted, a las personas de apoyo informales y a su médico 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 lo 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 consultas a domicilio, al menos dos veces al año, 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. Trabajaremos de manera conjunta con su médico, quien está notificado sobre su plan de atención, así como también con otros profesionales de atención médica para garantizarle que reciba los servicios que necesita.

Departamento 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, incluso con respecto al paquete de beneficios o qué servicios están cubiertos o no. Puede comunicarse con Servicios para los Miembros al (718) 759-4510, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m., o al número gratuito 1-877-771-1119. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. El equipo de 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.

Selección de su médico de atención primaria

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

Cuidado de transición

Al inscribirse en HomeFirst, usted puede seguir con un tratamiento continuo ya en curso, con un proveedor de atención médica fuera de la red, durante un período de transición de hasta sesenta (60) días desde la inscripción por cualquier tratamiento relacionado con una enfermedad o afección potencialmente mortal, o una enfermedad o afección degenerativa o incapacitante. Si su proveedor

acepta el pago a la tasa de HomeFirst, se adhiere a la garantía de calidad y a otras políticas de HomeFirst y le proporciona información médica sobre su atención a HomeFirst, HomeFirst se hará responsable del pago al proveedor fuera de la red.

Si su proveedor de atención médica deja la red de HomeFirst, el tratamiento que está siguiendo puede continuar durante un período de transición de hasta noventa (90) días si su proveedor acepta el pago a la tasa de HomeFirst, se adhiere a la garantía de calidad y a otras políticas de HomeFirst y le proporciona información médica sobre su atención a HomeFirst.

Si cree que tiene una afección 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 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.

Selección de los 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 le conviene utilizar 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 remisión a 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 y una remisión.

Cómo cambiar de proveedor

Para cambiar de proveedor, usted solo debe informar a HomeFirst de su deseo de realizar ese cambio. Para hacerlo, simplemente llame a Servicios para los Miembros al (718) 759-4510, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m., o al número gratuito 1-877-771-1119. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. El cambio entrará en vigencia de inmediato.

Usted podrá elegir un odontólogo de atención primaria de nuestra red de odontólogos de Healthplex. Para elegir o cambiar su odontólogo de atención primaria, llame a Healthplex al 1-888-468-5175 (número gratuito), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. Los odontólogos pueden cambiarse una vez al mes, antes del 15 de cada mes.

Qué debe hacer en una emergencia médica

- 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.

Atención de emergencia

NO tiene que pedir una preautorización o una autorización previa a HomeFirst para obtener atención de emergencia.

Definición de una emergencia

Una emergencia¹ es una enfermedad, un dolor, un accidente o una herida grave repentina o inesperada que puede causarle heridas graves o la muerte si no se los trata de inmediato.

Si usted tiene una emergencia o necesita atención médica de inmediato, llame al 911 O acuda de inmediato a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si es posible, llame a su médico o a su Equipo de administración de la atención de HomeFirst.

Después de una emergencia

Notifique a su médico y a su Equipo de administración de la atención de HomeFirst dentro de las 24 horas de la emergencia. Puede necesitar servicios de atención a largo plazo que solo HomeFirst puede brindar. Su Equipo de administración de la atención trabajará con usted

y sus proveedores para coordinar la atención que necesite.

Si usted está internado

Si usted está internado, un miembro de su familia o amigo debe contactar a HomeFirst tan pronto como sea posible. Su Equipo de administración de la atención cancelará los servicios de atención en el hogar y las otras citas. Si está en el hospital, asegúrese de solicitarle al médico o al planificador del alta del hospital que se contacten con HomeFirst. Coordinaremos con el médico, el planificador del alta del hospital y usted para planear su atención al recibir el alta del hospital.

1 “Afección médica de emergencia” se define como una afección médica o del comportamiento que se desata repentinamente y que se manifiesta mediante síntomas de gravedad, como dolor agudo, acerca de los que una persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, podría prever razonablemente que la falta de atención médica inmediata

podría dar como resultado (i) un grave peligro para la salud del afiliado que padece dicha afección, o, en el caso de un problema del comportamiento, poner en grave peligro la salud de la persona o de otros; (ii) un deterioro grave de las funciones corporales de la persona; (iii) una disfunción grave de cualquier órgano del cuerpo o parte de la persona; o (iv) una deformación importante en la persona.

Atención fuera del área

Si está fuera del área de servicio de HomeFirst

Si planea visitar amigos o familiares que vivan fuera del área de servicio (Brooklyn, Manhattan, Queens, Staten Island, el Bronx o los condados de Westchester, Nassau, Putnam, Rockland, Orange, Dutchess o Sullivan), HomeFirst le solicita que informe a su Equipo de administración de la atención y a Servicios para los Miembros tan pronto como pueda antes de irse. Lo ayudaremos a coordinar la atención médica necesaria que precise mientras esté lejos.

Puede llamar a Servicios para los Miembros al (718) 759-4510 o al número gratuito 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.

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 24 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 médico que sean servicios cubiertos a través de HomeFirst.

Servicios cubiertos

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. Los servicios y apoyos a largo plazo, o LTSS, 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. Los LTSS están compuestos por servicios basados en la comunidad, como los servicios de atención de la salud en el hogar, la atención de enfermería privada, los servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor, el programa de atención médica diurna para adultos, los servicios de atención personal y los servicios institucionales, incluida la ubicación a largo plazo en centros residenciales de atención médica.

Su proveedor debe obtener autorización de HomeFirst para brindarle servicios. HomeFirst autorizará estos servicios si son médicamente necesarios. “Necesidad médica” hace referencia a los servicios cubiertos que sean necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar afecciones que causen sufrimiento agudo, pongan en peligro la vida, provoquen una enfermedad, interfieran en la capacidad de una persona para desenvolverse en sus actividades normales o puedan causar alguna discapacidad significativa.

Los servicios cubiertos brindados como médicamente necesarios son los siguientes:

Administración de la atención	<p>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 la remisión a servicios, la asistencia en la obtención de los servicios o la coordinación de los servicios para que 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 el paquete de beneficios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Atención en un asilo de ancianos	<p>Atención brindada a los miembros por una instalación autorizada (consulte “Atención en un asilo de ancianos” en la página 41).</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Atención en el hogar <ul style="list-style-type: none">a. Enfermeríab. Auxiliar de atención de la salud en el hogarc. Fisioterapia (PT)d. Terapia ocupacional (OT)e. Patología del habla (SP)f. Servicios médicos y sociales	<p>Incluye atención de apoyo o guía de salud, de rehabilitación, terapéutica y preventiva.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Atención personal	<p>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 y 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.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Atención médica diurna para adultos	<p>Atención y servicios brindados en un centro de atención médica residencial o centro de extensión aprobado. Incluye los siguientes servicios: médicos, odontológicos, farmacéuticos, de enfermería, de alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de ocio y otros servicios auxiliares.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS)

Como parte de sus servicios de atención administrada a largo plazo, usted puede ser elegible para autodirigir su atención. El Servicio de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS) es un programa especializado en el que un miembro o una persona en nombre de un miembro, conocida como representante designado, autodirige y administra la atención personal del miembro y otros servicios autorizados.

Los miembros del CDPAS pueden elegir los servicios de atención personal, los servicios de atención de la salud en el hogar o los servicios de enfermería especializada para los que sean elegibles. El miembro o el representante designado son responsables de contratar, capacitar, supervisar y, si es necesario, terminar la relación laboral de su auxiliar.

HomeFirst debe asegurarse de que a usted se lo notifique en la evaluación inicial y en la reevaluación que el CDPAS es un beneficio voluntario disponible, y debe quedar documentado en su registro que se realizaron dichas notificaciones.

Para obtener más información sobre el CDPAS, incluida la elegibilidad para este programa, comuníquese con su asesor de enfermería o administrador de atención. Se requiere autorización previa.

<p>Equipo médico duradero (DME)</p>	<p>Dispositivos y equipos, que no sean protésicos, ortésicos o calzado ortopédico, que hayan sido solicitados por un profesional para el tratamiento de una afección médica específica. Entre ellos se encuentran el equipo médico y las baterías para audífonos. Se requiere autorización previa.</p>
<p>Suministros médicos/ quirúrgicos</p>	<p>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. En niños menores de 21 años, las fórmulas orales están cubiertas cuando los nutrientes calóricos y dietarios no se pueden absorber o metabolizar. Se requiere autorización previa.</p>
<p>Dispositivos protésicos y ortésicos</p>	<p>Incluye calzado ortopédico y dispositivos protésicos y ortésicos. Se requiere autorización previa.</p>
<p>Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)</p>	<p>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.</p>

<p>Transporte que no sea de emergencia</p>	<p>Transporte en ambulancia, ambulette, taxi, servicio de alquiler de vehículos o transporte público con el nivel adecuado para la afección del miembro.</p> <p>LogistiCare es el proveedor de transporte que no sea de emergencia aprobado de HomeFirst. Póngase en contacto directamente con LogistiCare para solicitar una ambulancia, una ambulette, un taxi, el servicio de alquiler de vehículos o transporte público al 1-877-779-8611. Las reservas se deben hacer 3 días antes de su viaje y se pueden hacer de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los miembros pueden realizar preguntas sobre el transporte las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Consulte la página 40 para obtener más información.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Podiatría</p>	<p>Incluye atención de rutina de los pies cuando la afección 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 afección médica.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Odontología	<p>Incluye, entre otros, atención odontológica preventiva, profiláctica y de otro tipo, servicios y suministros, exámenes de rutina, profilaxis, cirugía oral y dispositivos dentales protésicos y ortésicos para aliviar una afección médica grave.</p> <p>Healthplex es el grupo de odontólogos de la red de HomeFirst. Comuníquese con Healthplex al 1-888-468-5175 (número gratuito), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p>
Optometría/anteojos	<p>Incluye los servicios de un optometrista y un óptico, e incluye anteojos, lentes de contacto y lentes de policarbonato médicamente necesarios, ojos artificiales (comunes o hechos a la medida) y servicios para la visión reducida. 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 años, a menos que se justifique lo contrario por ser médicamente necesario.</p> <p>Los servicios oftalmológicos de rutina no requieren autorización. Para los servicios médicamente necesarios, es posible que se necesite autorización previa.</p>

<p>Terapia de rehabilitación para pacientes externos: fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje u otras terapias de rehabilitación proporcionadas en un lugar que no sea el hogar.</p>	<p>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.</p> <p>A partir del 1 de enero de 2021, HomeFirst cubrirá las consultas médicamente necesarias de PT, OT y ST que estén indicadas por un médico u otro profesional con licencia.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Nutrición</p>	<p>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.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Atención de enfermería privada	<p>Servicios médicamente necesarios proporcionados a miembros en sus lugares de residencia permanentes o temporales por parte de profesionales matriculados y certificados adecuadamente o enfermeras profesionales certificadas (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.</p>
Entrega de comidas a domicilio o comidas en lugares de congregación	<p>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.</p>
Atención diurna social	<p>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 parte del día, pero durante menos de 24 horas. Se requiere autorización previa.</p>

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 aplicación de gases médicos, humedad y aerosoles, presión positiva intermitente, ventilación artificial continua, administración de medicamentos por inhalación y gestión de las vías respiratorias, atención del paciente, indicaciones sobre pacientes y provisión de asesoramiento relacionadas para otro personal de la salud. Su médico proporcionaría una orden médica para tratar sus afecciones 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	<p>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. Se requiere autorización previa.</p>
Beneficios de hogares para veteranos	<p>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.</p>

Todos los servicios cubiertos son brindados o contratados por HomeFirst. Verifique la red actual de proveedores en la carpeta de membresía o llame a Servicios para los Miembros para obtener un listado de los proveedores de la red. Su proveedor debe obtener autorización de HomeFirst para ciertos servicios cubiertos. HomeFirst hará todo el esfuerzo para autorizar los servicios tan pronto como su afección lo requiera.

Al inscribirse, usted recibirá una tarjeta de membresía 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: servicios de optometría que estén afiliados con la Facultad de Optometría de la Universidad Estatal de New York.
- Servicios odontológicos: realizados por centros médicos académicos.

Para conocer los proveedores de servicios odontológicos de la red, comuníquese con la red de odontólogos de Healthplex al 1-888-468-5175 (número gratuito), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. Puede obtener más detalles en la página 19 de este manual.

Para conocer los proveedores de servicios de optometría de la red, llame a Servicios para los Miembros al (718) 759-4510 o al número gratuito 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 no cubiertos

Los siguientes servicios no están cubiertos por HomeFirst, pero los cubre Medicare o Medicaid mediante un régimen de pago por servicio:

Servicios hospitalarios para pacientes internados	Los servicios hospitalarios para pacientes internados incluyen atención, tratamiento y servicios de enfermería que requieren una 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, el hogar y 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 de emergencia (transporte de emergencia o en ambulancia a un hospital)	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, enfermeras 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, incluidos medicamentos y admisiones en hospitales psiquiátricos.
Servicios para tratar alcoholismo y abuso de sustancias	Tratamiento y prevención de adicciones al alcohol y 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.
Servicios de planificación familiar	Servicios confidenciales para prevenir o reducir la incidencia de embarazos no intencionales.
Medicamentos con y sin receta, recetas preparadas	Incluye medicamentos y suministros médicos solicitados por un profesional calificado.
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.

Coordinación de los servicios cubiertos y no cubiertos

La inscripción en HomeFirst no afecta sus beneficios de Medicare

Si usted tiene Medicare, la membresía en HomeFirst no afecta sus beneficios de Medicare. Seguirá estando cubierto por Medicare para las consultas con su médico, 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 médicos calificados (si es que ya no tiene uno).
- Programar citas con los médicos.
- 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 23) 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 sea un servicio cubierto de HomeFirst (consulte la página 24) 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 de pago por servicio de Medicaid.

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 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

Servicios relacionados a salud mental, diálisis, abuso de sustancias, alcoholismo y desintoxicación están disponibles por medio de su cobertura habitual de Medicaid. 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 médico 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 nuestra evaluación de sus necesidades de atención médica, las recomendaciones de sus médicos y sus preferencias personales.

A medida que sus necesidades de atención médica cambien, usted puede requerir diferentes servicios o los mismos servicios con mayor o menor frecuencia. Naturalmente, esto requerirá que se modifique su plan de atención. El Equipo de administración de la atención y su médico revisarán y aprobarán cualquier cambio en su plan de atención. Lo evaluarán junto con usted periódicamente para asegurarse de que los servicios que usted recibe satisfagan sus necesidades.

Por lo general, un plan de atención es evaluado y autorizado cada seis meses o con mayor frecuencia si es necesario. Se ajustará de acuerdo con el incremento o la disminución 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 médico 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 afecciones 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 odontológica u optometría, usted o su médico 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 médico acerca de los cambios que usted solicitó. Si el Equipo de administración de la atención y su médico 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 no más tarde de los catorce (14) días calendario para las solicitudes estándar 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 “Proceso

de quejas y apelaciones” (página 49) para ver las instrucciones de 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 23), 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 página 6. Puede llamar a Servicios para los Miembros al (718) 759-4510 o al número gratuito 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. El representante de Servicios para los Miembros con gusto 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 (718) 759-4510 o llame al número gratuito 1-877-771-1119. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Todos los servicios cubiertos, a excepción de los servicios de emergencia, requieren autorización de HomeFirst antes de obtenerlos. Los siguientes párrafos tratan algunos servicios generalmente utilizados que requieren instrucciones especiales, como llamar a LogistiCare al 1-877-779-8611 para coordinar el transporte u obtener una autorización para atención en un asilo de ancianos.

Transporte

HomeFirst cubre sus necesidades de transporte hasta el consultorio del médico, otros proveedores, servicios relacionados con la salud y eventos aprobados, y el regreso desde ellos.

HomeFirst no proporcionará transporte de emergencia o en ambulancia a un hospital.

El transporte de emergencia está cubierto por el programa de pago por servicio de Medicaid o Medicare.

Si necesita transporte, llame a LogistiCare a los siguientes números:

- Reservas: 1-877-779-8611. Las reservas se deben hacer 3 días antes de su viaje y se pueden hacer de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los miembros pueden realizar preguntas sobre el transporte las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Ayuda para transporte: 1-877-779-8612 (esta línea está abierta para ayudar a los miembros que tienen viajes programados o que deben cancelar sus viajes. Línea disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año).
- Las personas con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-866-288-3133 para las reservas y la ayuda para transporte.

Si el transporte público está disponible y usted se siente lo suficientemente bien como para trasladarse a sus citas médicas u otros servicios incluidos en el plan de atención, LogistiCare se lo reembolsará. Necesita obtener la

autorización de LogistiCare para que le reembolsen el transporte público.

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 médico 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 asilo de ancianos

La admisión a uno de nuestros asilos de ancianos 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 asilo de ancianos para aquellos miembros que, junto con sus médicos, estén de acuerdo con la estadía en un asilo de ancianos.

Los miembros deben usar los asilos de ancianos en la red de proveedores de HomeFirst.

Si tiene preguntas acerca de la atención en un asilo de ancianos o su cobertura de Medicaid o Medicare, llame a su Equipo de administración de la atención.

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 asilo de ancianos a su hogar o residencia en la comunidad. Usted puede reunir los requisitos para MFP si ocurre lo siguiente:

- Ha vivido en un asilo de ancianos 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 encontrarse con usted en

el asilo de ancianos 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 información adicional 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 por correo electrónico a mfp@health.ny.gov. También puede visitar MFP/Open Doors en línea en www.health.ny.gov/mfp o en www.ilny.org.

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) trabajando con su médico.

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.

Si los servicios requeridos no están en el paquete de beneficios de HomeFirst o si Medicare es el pagador principal de un servicio cubierto, no se requiere autorización previa de HomeFirst.

Si tiene preguntas con respecto a los servicios cubiertos por Medicare, puede llamar al Departamento de Servicios para los

Miembros al (718) 759-4510 o al número gratuito 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.

Autorización de un servicio y acciones

Las peticiones para la autorización de un servicio son solicitudes realizadas por un miembro, o un proveedor en representación de un miembro, para la prestación de un servicio o para la remisión a un servicio no cubierto. Personal clínico calificado determinará si un servicio es médicamente necesario y apropiado según una evaluación integral de su afección médica actual. El proceso de autorización de un servicio comienza con el plan de atención inicial cuando usted se inscribe. Consulte la página 38 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.

Para tomar decisiones sobre su atención, seguiremos las siguientes reglas:

Autorización previa

Todos los servicios cubiertos, a excepción de los servicios de emergencia, requieren autorización de HomeFirst antes de obtenerlos. Usted o su proveedor en su nombre deben obtener autorización de HomeFirst para obtener servicios cubiertos. Para obtener una lista de los servicios cubiertos, consulte la página 23.

El pedido de autorización de un tratamiento o servicio se denomina petición para la autorización de un servicio. Para obtener la autorización de un servicio, usted o su proveedor

en su nombre deben llamar a los servicios de proveedores al 1-877-771-1119.

Usted o su médico pueden llamar sin cargo a nuestro número de Servicios para los Miembros al 1-877-771-1119 o enviar su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

HomeFirst
6323 Seventh Avenue
Brooklyn, NY 11220

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

También deberá obtener una autorización previa si actualmente recibe uno de estos servicios, pero necesita recibir más atención durante un período de autorización. Esto incluye una solicitud para servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicaid después de una hospitalización. Esto se denomina revisión concurrente.

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

El plan de salud cuenta con un equipo de revisión que se asegura de que usted obtenga los servicios para los que califica. Su tarea es asegurarse de que el tratamiento o servicio que usted pidió sea médicamente necesario y adecuado para usted. Para hacer esto, ellos comparan su plan de tratamiento con las normas médicas aceptables. Cualquier decisión de rechazar la petición para la autorización de un servicio o aprobarla por una cantidad menor que la solicitada 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, una enfermera 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. Usted o su médico pueden solicitar una revisión acelerada si creen que una demora le causará un daño grave a su salud. Si rechazamos su pedido de una revisión acelerada, se lo comunicaremos y su pedido será procesado de acuerdo con el procedimiento de revisión estándar. Cualquiera sea el caso, revisaremos su petición con la prontitud que su afección médica lo requiera, pero no más tarde de los plazos que se mencionan 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 apelaciones que tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión (consulte la sección Apelaciones en la página 51).

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 catorce (14) días calendario después de que recibamos su solicitud. Le informaremos para el decimocuarto (14.º) día calendario si necesitamos más información.
- **Revisión acelerada:** tomaremos una decisión sobre su solicitud dentro de las setenta y dos (72) horas a partir del momento en que recibamos su solicitud y le diremos 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 catorce

(14) días calendario después de que recibamos su solicitud.

- **Revisión acelerada:** tomaremos una decisión tan pronto como sea posible, pero no más tarde de setenta y dos (72) horas después de que recibamos su solicitud. En el caso de una solicitud para servicios de atención médica en el hogar cubiertos por Medicaid luego de la admisión en un hospital, el plazo será de un (1) día hábil después de la recepción de la información necesaria, a excepción de cuando el día subsiguiente a la solicitud del servicio sea un fin de semana o feriado, donde el plazo será de setenta y dos (72) horas después de la recepción de la información necesaria.

Si necesitamos más información para tomar una decisión sobre su solicitud de servicio en un plazo estándar o acelerado, los plazos mencionados anteriormente pueden extenderse hasta catorce (14) días calendario. Nosotros haremos lo siguiente:

- Le escribiremos para notificarle qué información necesitamos. Si su petición se está procesando mediante una revisión acelerada, le llamaremos inmediatamente y luego le enviaremos un aviso por escrito.
- Le diremos por qué la demora es en beneficio suyo.
- 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 Asistencia para Incapacitados (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) del estado de New York. Consulte la sección Apelaciones en la página 51 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 al 1-877-771-1119 o por escrito a:

HomeFirst
6323 Seventh Avenue
Brooklyn, NY 11220

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.

Otras decisiones sobre su atención

Algunas veces, llevaremos a cabo una revisión concurrente sobre

la atención que recibe para ver si todavía necesita esa atención. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que usted ya haya recibido. Esto se denomina revisión retrospectiva. Le informaremos si tomamos estas otras acciones.

Plazos para dar aviso de otras acciones

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de restringir, reducir, suspender o terminar un servicio que ya habíamos autorizado y que usted está obteniendo dentro de un período de autorización, debemos informarle, por lo menos, diez (10) días calendario antes de que cambiemos el servicio, excepto en los siguientes casos:
 - a. cuando el período de aviso anticipado se reduzca a cinco (5) días calendario en casos de fraude confirmado del miembro; o
 - b. cuando podamos enviar por correo un aviso en un plazo no superior a la fecha de la acción por lo siguiente:
 - i. el fallecimiento del miembro;
 - ii. una declaración firmada por escrito de usted 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);
 - iii. la admisión del miembro en una institución donde el miembro no es elegible para recibir más servicios;
 - iv. se desconoce la dirección del miembro y el correo dirigido al miembro es rechazado porque no existe tal dirección de envío;
 - v. el miembro ha sido aceptado para los servicios de Medicaid por otra jurisdicción; o el médico del miembro ordena un cambio en el nivel de atención médica.
- Si revisamos una 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.

¿Cómo designo un representante que hable en mi nombre?

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 nuestro Departamento de Servicios para los Miembros. Le proporcionaremos un formulario que puede completar y firmar donde expresará quién será el representante.

Proceso de quejas y apelaciones

HomeFirst de Elderplan 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 o apelar una acción del plan, llame al: 1-877-771-1119 o escriba a:

HomeFirst
6323 Seventh Avenue
Brooklyn, NY 11220
Attn: Appeals and Grievances
Department

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 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 de los dos plazos.

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 se completará dentro de los siete (7) días siguientes a la recepción de la queja.

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 sesenta (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 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 inicial.

Para las apelaciones 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. Para las apelaciones de quejas aceleradas, 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 como para las estándar, 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.

¿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 la sección en la página 53 a continuación, “¿Cómo presento la apelación de una acción?”).

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 antes de la fecha en que planificamos cambiar el servicio.

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 en la acción intervinieron asuntos de necesidad médica, o si el tratamiento o servicio en cuestión fue experimental o de investigación.
- Describirá la información, si hubiera, que pueda ser provista por usted o su proveedor para presentar una decisión sobre la apelación.

- Si estamos restringiendo, reduciendo, suspendiendo o terminando un servicio autorizado, el aviso 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 presento la 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.

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

Puede llamarnos al 1-877-771-1119 o escribirnos a:

HomeFirst
6323 Seventh Avenue
Brooklyn, NY 11220
Attn: Appeals and Grievances
Department

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, puede solicitar la continuidad de estos servicios mientras se decide su apelación. Debemos continuar brindándole su servicio si presenta la solicitud 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.

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 56). 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 recibéndolos 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, examinaremos su apelación de la acción que tomamos como una apelación estándar y le enviaremos nuestra decisión por escrito tan pronto como lo requiera su afección 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). Durante nuestra revisión, tendrá la oportunidad de presentar su caso en persona y por escrito.

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 afección médica. En algunos casos, usted puede solicitar una apelación “acelerada”. (Consulte la sección “Proceso de apelaciones aceleradas” en la página 55).

Proceso de apelaciones aceleradas

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 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 setenta y dos (72) horas después de recibir 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).

Si no estamos de acuerdo con su petición de apelación acelerada, haremos todo lo posible para contactarnos con usted en persona y hacerle saber que hemos denegado su petición de una apelación acelerada 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 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 ciento veinte (120) días calendario posteriores a la fecha del aviso de determinación adversa definitiva.

Si negamos su apelación a causa de 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 afección 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 Asistencia para Incapacitados:

- Formulario de solicitud en línea: <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- 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 de 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

Para obtener más información acerca de cómo solicitar una audiencia imparcial, visite: <http://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 sobre 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 Financiero 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 una solicitud:

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

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

Información de contacto adicional del DFS:

También puede contactarse con el Departamento Financiero del

estado de New York a la siguiente dirección:

NYS Department of Financial
Services
Consumer Assistance Unit One
Commerce Plaza
Albany, NY 12210
1-800-342-3736

Llame al plan de salud al
1-877-891-6447 (TTY 711)
si necesita ayuda para presentar
una apelación.

Su apelación externa se decidirá en un plazo de treinta (30) días. Si el revisor de la apelación externa solicita más información, puede ser necesario más tiempo (hasta cinco [5] días hábiles más). El revisor nos comunicará la decisión final a usted y a nosotros en un plazo de dos (2) 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. El revisor de la apelación externa decidirá sobre la apelación acelerada en setenta y dos (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. 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.

Defensor de los participantes

En este momento, el defensor de los participantes es la Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN), una red independiente de organizaciones de defensa del consumidor. La ICAN está disponible para responder las preguntas de los miembros que reciben atención a largo plazo sobre

los derechos de los miembros, Medicare, Medicaid y los servicios de atención a largo plazo. También puede asistir a los miembros en la resolución de cualquier asunto relacionado con el acceso a la atención y con la presentación de apelaciones y quejas.

Información de contacto de la ICAN:

Puede comunicarse con la ICAN llamando al número gratuito 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en línea en icannys.org.

Información de contacto del Departamento de Salud

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 a:

NYS Department of Health
Bureau of Managed Long Term Care
Suite 1620, One Commerce Plaza
99 Washington Avenue
Albany, NY 12210
1-866-712-7197

Declaración de derechos de los miembros de HomeFirst

- 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 y alternativas de tratamiento disponibles 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 de un 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 su atención médica, incluido el derecho de negarse a recibir tratamiento.
 - Tiene derecho a no ser sometido a ninguna forma de restricción o reclusión utilizadas como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
 - Tiene derecho a recibir atención independientemente de su sexo, raza, estado de salud, edad, identidad de género (incluso si es transgénero), credo, religión, discapacidad física o mental (incluida la disforia sexual), orientación sexual, fuente de pago, tipo de enfermedad o afección, necesidad de servicios de salud, lugar de origen o la tasa que recibirá el plan de salud.
 - Tiene derecho a ser informado acerca de dónde, cuándo y cómo recibir los servicios que necesita de su plan de atención administrada a largo plazo, incluida la manera en que puede recibir beneficios de proveedores fuera de la red si los servicios no están disponibles en la red de HomeFirst.
 - Tiene derecho a quejarse ante el Departamento de Salud del estado de New York (consulte la información de contacto que figura en la página anterior), la Administración de Recursos Humanos 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:

- i. Prestación de apoyo para la preinscripción, como asesoramiento para la elección imparcial de un plan de salud e información general relacionada con el programa.
- ii. Recopilación de quejas e inquietudes del miembro sobre la inscripción, el acceso a los servicios y otros asuntos relacionados.

- iii. Ayuda a 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 solicitudes de registros a planes y proveedores.
- iv. Información de planes y proveedores, y recursos y apoyos basados en la comunidad que pueden vincularse con los beneficios cubiertos del plan.

Sus responsabilidades

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 60 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 página 43).
- 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 (718) 759-4510 o al número gratuito 1-877-771-1119.
- Informar a HomeFirst cuando planea irse fuera de la ciudad para que podamos ayudarlo a organizar sus servicios.
- Informar a HomeFirst cuando crea que sea 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 que ofrece HomeFirst, llame al 1-877-771-1119 o escriba a la siguiente dirección:

HomeFirst
6323 Seventh Avenue
Brooklyn, NY 11220
Attn: Member Services

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

Cancelación de la inscripción a la membresía

Cancelación voluntaria de la inscripción

Si usted elige abandonar HomeFirst, llame al Departamento de Servicios para los Miembros o a su Equipo de administración de la atención e informe acerca de su deseo de cancelar la inscripción en HomeFirst. Su Equipo de administración de la atención trabajará junto con usted y NY 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.

Cuando decida cancelar su membresía, se le proporcionará un formulario de cancelación de la inscripción. 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
6323 Seventh Avenue
Brooklyn, NY 11220
Attn: Member Services

Su Equipo de administración de la atención analizará su 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 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 NY Medicaid CHOICE para que sea procesada. 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 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 NY 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 día del mes siguiente.

Si necesita servicios de atención a largo plazo y desea abandonar HomeFirst, debe elegir otro plan con NY Medicaid CHOICE para

continuar recibiendo sus servicios. Ya no puede volver a recibir los servicios de pago por servicio de Medicaid a través de la HRA o el LDSS.

Cancelación involuntaria de la inscripción

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.

HomeFirst debe iniciar la cancelación involuntaria de la inscripción en un plazo de cinco (5) días hábiles en los siguientes casos:

- Si usted ya no vive en el área de servicio de HomeFirst.
- Si usted se encuentra ausente del área de servicio durante más de treinta (30) días consecutivos.
- Si lo hospitalizan o ingresa en un programa residencial de la Oficina de Salud Mental, la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo o la Oficina de Servicios para Tratar Alcoholismo y Abuso de Sustancias durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más.
- Si ya no es elegible para recibir beneficios de Medicaid.
- Si le brinda información falsa a HomeFirst, comete un engaño o se involucra en una conducta fraudulenta relacionada con cualquier aspecto fundamental de su membresía.
- Si clínicamente requiere atención en un asilo de ancianos, pero no es elegible para dicha atención según las normas institucionales de elegibilidad del programa de Medicaid.
- Si se determina que usted ya no demuestra tener una necesidad funcional o clínica para la autorización y la prestación de un servicio de atención a largo plazo basado en la comunidad de forma mensual o, para los miembros que no tienen doble elegibilidad, además ya no cumple con el nivel de atención de un asilo de ancianos según lo determinado por la herramienta de reevaluación designada del Departamento de Salud del estado de New York. Se debe cancelar la inscripción en el plan de un miembro cuyo único servicio es identificado como atención diurna social.
- Se debe cancelar la inscripción de un inscrito que ya no requiere ni recibe al menos un CBLTCS cada mes calendario. 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 determinación.
- Si usted es encarcelado.

HomeFirst puede iniciar la cancelación involuntaria de la inscripción en los siguientes casos:

- 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 del plan. 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.

- 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.

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 23. 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 están bajo un contrato con HomeFirst y HomeFirst les paga todos los servicios cubiertos que

ellos proporcionan. Todas las tarifas cobradas por el proveedor son tarifas negociadas con anterioridad que se renuevan anualmente. A ciertos tipos de proveedores, como los proveedores de servicios oftalmológicos (y odontológicos), HomeFirst les paga una tarifa fija por miembro independientemente de la cantidad de servicio que el miembro necesite. Este tipo de pago se conoce como **capitación**.

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 al Departamento de Servicios para los Miembros al (718) 759-4510 o al número gratuito 877-771-1119, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m., y le resolverán la situación. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Excedente (excedente/spend down de Medicaid o NAMI)

La cantidad excedente, también denominada “Spend down” (responsabilidad económica del

paciente) o ingresos mensuales netos disponibles (NAMI), es la cantidad de ingreso que el Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS), la Administración de Recursos Humanos (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 65 si desea obtener una explicación completa acerca de la “Cancelación involuntaria de la inscripción”).

Información que HomeFirst le brindará si la solicita

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

HomeFirst
6323 Seventh Avenue
Brooklyn, NY 11220

Solo indique qué documentos requiere y se los enviaremos por correo dentro de diez (10) días hábiles.

- 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 afección 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).

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 de este.
- 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, procesar y pagar las reclamaciones presentadas a nosotros por usted o por médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica por 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 tratamientos, 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 contactarlo 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 afección. 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 contactarlo en un esfuerzo para recaudar fondos para 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 lo puedan contactar con el fin de recaudar fondos para nosotros. Si realmente usamos o divulgamos su información de salud para fines de recaudación de fondos, usted será informado sobre sus derechos para que lo saquen de la lista para no recibir 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 obtener más información, consulte: www.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 dichos 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 y 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; si está autorizado por ley, notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o afección; 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 si creemos que un miembro ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica; 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 funcionario 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 importante o persona desaparecida; (3) acerca de una víctima de

un crimen, 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 criminal; (5) acerca de evidencia de conducta criminal en nuestras instalaciones; y (6) en circunstancias de emergencia para informar un crimen, la ubicación del crimen o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

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.
- 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, abuso de sustancias o información de salud mental.

Usted tiene derecho a revocar cualquiera de esas autorizaciones, excepto en circunstancias limitadas, como 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.

Usted 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 contactemos 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. Podemos cobrarle un cargo razonable por el costo de las copias y el envío de los registros. Podemos denegarle el acceso a cierta información. Si le denegamos el acceso a cierta información, 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 enmendemos la información. Usted 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 copiar.
- 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 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. Tiene derecho a un registro de divulgaciones sin cargo. Las solicitudes subsiguientes dentro de un período de doce 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: <https://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

Attention: Regulatory Compliance
6323 Seventh Avenue
Brooklyn, NY 11220
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 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, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia. Encontrará la fecha de entrada en 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, contáctese con la Oficina de Privacidad a la dirección que aparece a continuación. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

HomeFirst

Attention: Regulatory Compliance
6323 Seventh Avenue
Brooklyn, NY 11220

Además, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos si envía una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llama al 1-877-696-6775 o visita www.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).



6323 Seventh Avenue
Brooklyn, NY 11220

1-877-771-1119

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

www.homefirst.org