



Manual del miembro

Programa de Atención Administrada a Largo Plazo





Manual del miembro



Manual del miembro

Programa de Atención Administrada a Largo Plazo

877-388-5193 (TTY 711)

Servicios prestados por Wellpoint of NY, LLC.

1086213NYMSPWLP 04/25

ÍNDICE

BIENVENIDA	6
Cómo usar este manual	6
Asistencia de Servicios para Miembros.....	7
PARA MIEMBROS POTENCIALES	9
Elegibilidad para la inscripción	9
Proceso de inscripción	10
PARA MIEMBROS INSCRITOS	12
Introducción a Wellpoint	12
Beneficios de la membresía de Wellpoint.....	15
Su paquete de bienvenida y su tarjeta de identificación de Wellpoint.....	17
Sus derechos como miembro de Wellpoint.....	18
Sus responsabilidades como miembro de Wellpoint	20
Cambios.....	21
Si desea cambiarse a otro plan de atención administrada a largo plazo (MLTC)	21
SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS MÉDICOS.....	22
Su equipo de administración de cuidados médicos.....	22
Plan de servicios centrado en la persona (PCSP).....	25
Monitoreo del cuidado, reevaluaciones y actualizaciones del plan de salud	26
Continuidad de la atención	27
Servicios y apoyo a largo plazo en la comunidad (CBLTSS).....	27
SUS BENEFICIOS DE ATENCIÓN ADMINISTRADA A LARGO PLAZO.....	28
¿Qué significa “medicamente necesario”?	28
¿Qué significa “beneficios cubiertos”?	28
¿Qué significa “beneficios no cubiertos coordinados”?	29
Servicios cubiertos y coordinados.....	29
Limitaciones de los beneficios cubiertos	33
Servicios de Medicaid sin cobertura de nuestro plan	34
Servicios sin cobertura de Wellpoint, Medicaid o Medicare.....	36

AUTORIZACIONES DE SERVICIO, APELACIONES Y QUEJAS.....	37
Solicitud de autorización de servicio.....	37
¿Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicios?	38
Plazos para las solicitudes de autorización previa	39
Revisión concurrente	39
Plazos para las extensiones	40
ACCIONES Y APELACIONES DE ACCIONES	41
¿Qué es una acción?.....	41
Tiempos de la notificación de acción	41
Contenido de la notificación de acción	42
¿Cómo presento una apelación de una acción?.....	43
¿Cómo me comunico con mi plan para presentar una apelación?.....	43
Para algunas acciones puede solicitar la continuación del servicio durante el proceso de apelación.....	44
¿Cuánto tiempo tardará Wellpoint en tomar una decisión sobre mi apelación de una acción?	44
Proceso de apelación de vía rápida.....	45
Si el plan rechaza mi apelación, ¿qué puedo hacer?	45
Audiencias imparciales estatales	47
Apelaciones externas estatales.....	49
QUEJAS Y APELACIONES DE QUEJAS.....	50
¿Qué es una queja?.....	50
El proceso de quejas	51
¿Cómo apelo la decisión sobre una queja?	51
Defensor de los participantes	52
ACCESO A PROVEEDORES	54
Atención de transición	54
Procedimientos de atención de transición	54
El Dinero Sigue a la Persona (MFP)/Puertas Abiertas.....	55
Proveedores participantes en la red de Wellpoint.....	56
Hogares para veteranos.....	57
Proveedor de servicios dentales	57
Servicios de la visión	57
Atención fuera de la red	58
Tiempo fuera del área de servicio.....	58
Atención de emergencia.....	58
Hospitalización.....	59
Servicios cubiertos por Medicare.....	59

CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN EL PLAN DE MLTC	
DE WELLPOINT	60
Cancelación voluntaria de la inscripción	60
Podemos solicitarle que se retire de Wellpoint	61
Reinscripción en Wellpoint.....	64
INFORMACIÓN ADICIONAL	64
Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (CDPAS)	64
Directivas anticipadas.....	68
Fraude y abuso	69
Información de la compañía Wellpoint que usted puede solicitar	70
Competencia lingüística y cultural.....	74
Servicio multilingüe de intérprete.....	76
Aviso de Prácticas de Privacidad.....	77
INFORMACIÓN DE CONTACTO IMPORTANTE	85

BIENVENIDA

Le damos la bienvenida al plan de atención administrada a largo plazo (MLTC) de Wellpoint of NY. Nuestro plan está especialmente diseñado para personas que tienen Medicaid y que necesitan servicios de cuidado a largo plazo de salud y comunitarios, como cuidado médico en el hogar y cuidado personal, para permanecer en sus casas y comunidades el mayor tiempo posible.

Cómo usar este manual

Este manual le brinda la orientación que necesita para aprovechar al máximo su inscripción en Wellpoint. Aquí encontrará información sobre los servicios disponibles para usted, cómo acceder a estos servicios, sus derechos y responsabilidades como miembro de Wellpoint, y qué hacer cuando tenga un problema con el cuidado que recibe, incluida la presentación de una queja o apelación, o la solicitud de la cancelación de la inscripción.

Usted recibirá las actualizaciones que hagamos en el Manual del miembro, y puede solicitar otra copia del Manual del miembro llamando al número gratuito de Servicios para Miembros **877-388-5193 (TTY 711)**. También se publicará una copia electrónica del Manual del miembro en el sitio web de Wellpoint.

Tómese el tiempo necesario para familiarizarse con este manual y téngalo a mano para futuras consultas. Esperamos que sea un recurso útil para usted.

Asistencia de Servicios para Miembros

Nuestros miembros y su cuidado siempre son la prioridad del plan de MLTC de Wellpoint, y Servicios para Miembros es una gran parte de ello. Siempre estaremos encantados de brindarle la ayuda que necesita para aprovechar al máximo su inscripción en Wellpoint.

Si no puede encontrar la información que busca en este manual o necesita que alguien se la explique, llame a Servicios para Miembros. Pueden explicarle beneficios y servicios, ayudarlo a encontrar un proveedor, programar una cita médica, reemplazar una tarjeta de identificación perdida o enviarle copias del Manual del miembro y/o el Directorio de proveedores. Servicios para Miembros también analizará con gusto cualquier preocupación que pueda tener sobre su cuidado, y puede ayudarlo a presentar quejas sobre su cuidado o sobre un proveedor de servicios. Además, Servicios para Miembros puede explicarle sus derechos y responsabilidades, y ayudarlo a entender las políticas de Wellpoint. Puede solicitar servicios de traducción u otro tipo de asistencia de comunicación cuando llame.

Servicios para Miembros está disponible:

De lunes a viernes

de 8 a.m. a 5 p.m.

Número gratuito: **877-388-5193 (TTY 711)**

Línea de Enfermería 24/7 o asistencia fuera del horario normal

Si tiene preguntas médicas y no puede comunicarse con su proveedor de atención primaria (PCP) o su administrador de cuidados médicos, o si se encuentra fuera del horario normal de atención (de 8 a.m. a 5 p.m.), siempre puede llamar a Wellpoint y hablar directamente con personal de enfermería. La Línea de Enfermería 24/7, al mismo número que Servicios para Miembros, puede brindarle orientación sobre temas de cuidado médico, cómo lidiar con una crisis personal en el hogar o si debe ir a la sala de emergencia. A través de la Línea de Enfermería 24/7, tendrá acceso a todos los servicios de interpretación que se describen a continuación.

Línea de Enfermería 24/7:
877-388-5193 (TTY 711)

Horario de atención:

Las 24 horas, los siete días de la semana

Miembros cuya lengua materna no sea el inglés

Wellpoint se compromete a comunicarse con usted en su idioma de preferencia. Contamos con empleados que hablan varios idiomas con fluidez, y puede acceder a servicios de interpretación externos si es necesario, de forma gratuita. Wellpoint se asegura de que usted reciba la información que necesita y de que sus preguntas y preocupaciones se aborden adecuadamente. Si necesita materiales y comunicaciones para miembros en otro idioma, los pondremos a su disposición. También podemos ayudarlo a encontrar proveedores que hablen su idioma.

Miembros con discapacidades

Wellpoint se asegura de que sus miembros con discapacidades reciban la asistencia necesaria para maximizar los beneficios de su membresía.

Miembros con discapacidades físicas

Servicios para Miembros puede proporcionarle información sobre si el consultorio de un proveedor tiene acceso para sillas de ruedas, y encontrar un proveedor que pueda satisfacer sus necesidades. Servicios para Miembros también puede coordinar los arreglos especiales de transporte que sean necesarios.

Miembros con deficiencia visual

Las versiones en letra grande de nuestros documentos (incluido este manual) están disponibles para los miembros con deficiencia visual, y algunos de nuestros materiales están disponibles en cinta de audio o CD. Además, nuestros representantes de Servicios para Miembros estarán encantados de leerle el contenido de cualquier material o documento con el que necesite ayuda.

Miembros con problemas auditivos

Los miembros con problemas auditivos pueden comunicarse con Servicios para Miembros a través de nuestra línea TTY 711.

PARA MIEMBROS POTENCIALES

Elegibilidad para la inscripción

Usted es elegible para inscribirse en el programa de MLTC de Wellpoint si cumple con los siguientes requisitos:

- Es mayor de 18 años
- Vive en un área de servicio de Wellpoint y (condados de Erie y Niagara)
- Tiene Medicaid
- Tiene solo Medicaid; o tiene entre 18 y 20 años de edad, tiene Medicaid y Medicare, **y** es elegible para el nivel de cuidado correspondiente a un hogar de ancianos
- Es capaz en el momento de la inscripción de regresar o permanecer en su casa y comunidad sin poner en riesgo su salud y seguridad
- Necesita al menos uno de los siguientes servicios y apoyos a largo plazo en la comunidad (CBLTSS) durante más de 120 días y está en uno de los siguientes grupos:
 - Personas que tienen un diagnóstico de demencia o alzhéimer por parte de un médico y que necesitan al menos supervisión para más de una actividad de la vida diaria (ADL); o
 - Personas que se considera que necesitan al menos asistencia limitada para realizar maniobras físicas con más de dos ADL.

Nota: Las personas inscritas en cualquier plan de MLTC antes del 1.º de septiembre de 2025 no estarán sujetas a los nuevos requisitos de necesidades mínimas en la reevaluación, siempre y cuando permanezcan inscritas sin interrupción en cualquier plan MLTC. Si deja el programa de MLTC y luego desea volver a inscribirse, deberá cumplir con los criterios de elegibilidad vigentes para la inscripción en el MLTC en el momento en el que vuelve a unirse al programa.

La cobertura que se detalla en este manual comienza en la fecha de entrada en vigencia de su inscripción en Wellpoint.

Proceso de inscripción

El proceso de inscripción determinará su elegibilidad para el plan de MLTC y garantizará que esté tomando una decisión informada. Nos enorgullece asegurarnos de que este proceso se lleve a cabo de la manera más conveniente posible para los miembros potenciales.

Llamada de verificación de interés

Nos comunicaremos con usted por teléfono para confirmar su interés en inscribirse en Wellpoint y para recopilar información relevante para programar su evaluación en el hogar. También responderemos cualquier pregunta que pueda tener sobre la evaluación y el plan de MLTC de Wellpoint en ese momento.

Si es necesario, lo transferiremos al Programa de Asesores Independientes de New York (NYIAP). Necesitará una evaluación del NYIAP si se inscribe en un plan de MLTC por primera vez. No necesita una evaluación del NYIAP si ya recibe cuidado médico en el hogar de Medicaid fuera de un plan de atención administrada o si ya está inscrito en un plan de MLTC y desea cambiarse a Wellpoint.

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

El Programa de Asesores Independientes de New York (NYIAP) administrará el proceso de evaluación inicial, excepto las evaluaciones iniciales aceleradas. El proceso de evaluación inicial incluye completar:

- *Evaluación de la salud comunitaria (CHA):* La CHA se utiliza para determinar si necesita servicios de cuidado personal y/o servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (CDPAS) y si es elegible para inscribirse en un plan de atención administrada a largo plazo.
- *Cita clínica y orden del profesional (PO):* La PO documenta su cita clínica e indica que:
 - Usted necesita ayuda con las actividades diarias, y
 - Su condición médica es estable para que pueda recibir CDPAS en su hogar

El NYIAP programará tanto la CHA como la cita clínica. La CHA será completada por un enfermero registrado (RN) capacitado. Después de la CHA, un profesional clínico del NYIAP completará una cita clínica y una PO unos días después.

Wellpoint utilizará los resultados de la CHA y la PO para determinar el nivel de cuidado y los servicios que necesita, y trabajará con usted para crear el Plan de servicio centrado en la persona (PCSP). Si su PCSP propone CDPAS durante más de 12 horas por día en promedio, se necesitará una revisión aparte del Panel de Revisión Independiente (IRP) del NYIAP. El IRP es un panel de profesionales médicos que revisará su CHA, PO, PCSP y cualquier otra documentación médica. Si se necesita más información, alguien del panel puede examinarlo o hablar sobre sus necesidades con usted. El IRP hará una recomendación a Wellpoint sobre si el PCSP satisface sus necesidades.

Evaluación previa a la inscripción en Wellpoint

Una vez que se determine que usted es elegible para inscribirse en un plan de cuidado a largo plazo, Wellpoint programará su evaluación y la elaboración del plan de salud inicial con usted, su representante y/o cualquier otra persona que usted desee que participe en la planificación de su cuidado. Esta estará a cargo de uno de nuestros enfermeros registrados y se realizará dentro de los treinta (30) días posteriores a su contacto inicial con Wellpoint.

En la evaluación, el enfermero a cargo responderá las preguntas que usted o su cuidador puedan tener y se asegurará de que tome una decisión informada al inscribirse en Wellpoint. Si decide inscribirse, usted deberá completar el acuerdo de inscripción y la documentación relacionada, y le informaremos cuándo comenzará su inscripción en Wellpoint. El enfermero a cargo de la evaluación le proporcionará un PCSP inicial en el que se describen los servicios que necesita para permanecer de manera segura en su hogar y en la comunidad. El Directorio de proveedores, en el que figuran todos los proveedores disponibles en la red de Wellpoint, está disponible por correo si lo solicita a Servicios para Miembros. También puede encontrar una lista de proveedores en línea en wellpoint.com/find-care.

La elección de Wellpoint como su plan de atención administrada a largo plazo es completamente voluntaria. Puede cambiar de opinión y solicitar retirar su solicitud incluso después de haber completado el proceso de solicitud. Puede solicitar retirarse del plan de forma oral o por escrito hasta el mediodía del día 20 del mes anterior a la fecha de inicio de su inscripción. (Por ejemplo, si estaba programado que su membresía comience el 1.º de marzo, puede solicitar retirarse del plan hasta el mediodía del 20 de febrero). Después de este momento, aún podrá retirarse del plan solicitando la cancelación de la inscripción.

Si se le deniega la inscripción porque no cumple con los criterios para inscribirse en el plan de atención administrada a largo plazo de Medicaid, o si se lo excluye de la inscripción debido a restricciones de Medicaid, Wellpoint se lo notificará y le informará el motivo de la denegación.

En este manual se proporciona información sobre sus beneficios de Wellpoint y todo lo que necesita saber para aprovechar al máximo su inscripción. Le recomendamos que lo revise y lo guarde para futuras consultas.

PARA MIEMBROS INSCRITOS

Introducción a Wellpoint

Le damos la bienvenida a Wellpoint. Nos complace que nos haya elegido como su plan de atención administrada a largo plazo (MLTC) y queremos asegurarnos de que tenga una experiencia beneficiosa con nosotros. Wellpoint tiene el compromiso de brindar servicios a nuestros miembros de manera que genere confianza y lealtad.

Wellpoint of NY (“Wellpoint”) es un plan de atención administrada a largo plazo de Medicaid aprobado por el estado de New York que opera en los condados de Erie y Niagara. Nuestro programa está diseñado específicamente para personas como usted que son elegibles para Medicaid y necesitan servicios y apoyo de cuidado a largo plazo,

como cuidado médico en el hogar y cuidado personal. Estamos comprometidos a ayudarlo a mantenerse saludable, seguro y vivir de manera independiente en la comunidad y en la comodidad de su hogar.

Redes de cuidado social

Desde **el 1.º de enero de 2025**, usted puede recibir una evaluación y referencias a servicios locales, estatales y federales existentes a través de redes de cuidado social (SCN) regionales. Si usted es elegible, estos grupos locales pueden conectarlo con servicios en su comunidad que pueden ayudar con la vivienda, los alimentos, el transporte, la educación, el empleo y la administración de cuidados médicos, sin costo para usted.

- Luego de la evaluación realizada a través de la SCN, usted y los miembros interesados de su hogar pueden reunirse con un navegador de cuidado social que puede confirmar la elegibilidad para los servicios que pueden ayudar con la salud y el bienestar individuales. Es posible que le soliciten a usted, o a los miembros de su hogar, documentación de respaldo para determinar en qué áreas pueden requerir apoyo adicional.
- Si usted o cualquier miembro de su hogar califica para los servicios, el navegador de cuidado social puede trabajar con usted para que obtenga el apoyo que necesita. Puede calificar para más de un servicio, según su elegibilidad individual. Estos servicios incluyen lo siguiente:
 - Apoyo para vivienda y servicios públicos:
 - Instalar modificaciones en el hogar, como rampas, barandas, barras de apoyo, caminos, apertura eléctrica de puertas, ampliación de umbrales, manijas para puertas y armarios, adaptaciones para baños, armarios o bachas para la cocina y superficies antideslizantes para hacer que el hogar resulte accesible y seguro.
 - Servicios de remediación para el moho, las plagas y el asma.
 - Proporcionar un aire acondicionado, calentador, humidificador o deshumidificador para ayudar a mejorar la ventilación de su casa.

- Proporcionar pequeñas unidades de refrigeración necesarias para tratamientos médicos.
- Ayudarlo a encontrar y solicitar una vivienda segura y estable en la comunidad, lo que puede incluir asistencia para pagar el alquiler y los servicios públicos.

NOTA: Es posible que su plan cubra algunos de los servicios de vivienda. Por lo tanto, algunos servicios de vivienda requerirán coordinación entre el navegador de cuidado social y el administrador de cuidados médicos de su plan médico.

- Servicios de transporte:
 - Ayudarlo con el acceso a transporte público o privado a lugares aprobados por la SCN, como para ir a una entrevista de trabajo, a clases de crianza, al tribunal de vivienda para evitar el desalojo, a mercados de agricultores y a oficinas del departamento de la ciudad o el estado para obtener documentos importantes.
- Servicios de administración de cuidados médicos:
 - Ayudarlo a encontrar un empleo o un programa de capacitación laboral, solicitar beneficios públicos, administrar sus finanzas y más.
 - Conectarlo con servicios como cuidado de niños, consejería, intervención en situaciones de crisis, Programa de Salud en el Hogar (HHP) y más.

Cómo comunicarse con una SCN en su área:

1. Puede llamar a Servicios para Miembros del plan médico al **877-388-5193 (TTY 711)** y lo comunicaremos con la SCN de su área.
2. Puede llamar a la SCN que presta servicios en su condado y solicitar una evaluación o más información. Encuentre la información de contacto de la SCN en la tabla a continuación.
3. También puede visitar el sitio web de la SCN y comenzar una autoevaluación.

Una vez que se haya comunicado con la SCN, un navegador de cuidado social confirmará su elegibilidad mediante preguntas, le solicitará la documentación de respaldo (si fuera necesaria), le dará más información sobre los servicios elegibles y lo ayudará a conectarse con ellos.

SCN	Condados	Número de teléfono
Western New York Integrated Care Collaborative Inc.	Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Niagara	716-431-5100
	https://wnyscn.org/	

Beneficios de la membresía de Wellpoint

Equipo dedicado asignado a su cuidado

Como miembro de Wellpoint, contará con un equipo de administración de cuidados médicos dedicado que incluye un enfermero registrado, un trabajador social y un coordinador que trabajarán con usted, sus proveedores de cuidados médicos y sus seres queridos para garantizar que se satisfagan todas sus necesidades de cuidado a largo plazo. El equipo trabajará con usted para determinar sus necesidades y diseñar un plan de servicios centrado en la persona (PCSP) para abordarlas. También nos aseguramos de que usted y sus seres queridos entiendan y estén de acuerdo con el plan para su atención y servicios. Además, el equipo monitorea regularmente sus servicios para asegurarse de que satisfagan sus necesidades, y escuchamos cualquier comentario que usted o sus seres queridos tengan. A medida que sus necesidades cambian, el equipo de administración de cuidados médicos está a su disposición para hacer los ajustes adecuados a sus servicios. De esta manera, su equipo de administración de cuidados médicos es su socio para mantenerse sano, seguro e independiente.

Acceso a la red de proveedores de Wellpoint

Con Wellpoint, tendrá acceso a una amplia variedad de servicios que se pueden adaptar para satisfacer sus necesidades: somos su contacto único para acceder a los servicios de cuidado a largo plazo que necesita. Para brindarle atención de alta calidad, trabajamos en estrecha colaboración con una amplia variedad de proveedores que han elegido trabajar con Wellpoint al unirse a nuestra red. Estos proveedores han recibido capacitación y orientación especiales para participar en nuestra red, y continuamente agregamos proveedores para asegurarnos de que nuestros miembros tengan opciones adecuadas.

Una vez inscrito, recibirá una copia del Directorio de proveedores de Wellpoint, donde figuran todos los proveedores dentro de la red. Si no tiene una o desea una copia adicional, llame al número gratuito de Servicios para Miembros **877-388-5193 (TTY 711)**, o visite nuestro sitio web, **wellpoint.com/nymltc**.

Coordinación con sus proveedores de cuidados médicos

Wellpoint trabajará con sus proveedores de cuidados médicos para ayudar a coordinar su cuidado a largo plazo, incluidos los servicios médicos y hospitalarios. Si tiene médicos a los que visita regularmente, no necesita hacer ningún cambio; puede seguir recibiendo cuidado de ellos. Estamos aquí para garantizar que reciba el cuidado que necesita, asegurándonos de que tenga los medios necesarios para llegar a sus citas, hablando con sus proveedores de cuidados médicos para averiguar cómo podemos apoyarlo en su hogar para manejar su condición médica, y manteniéndonos en comunicación con ellos para estar seguros de que sus problemas y preocupaciones se aborden de manera oportuna y adecuada. Nos esforzamos para que usted y sus seres queridos puedan manejar su cuidado sin obstáculos.

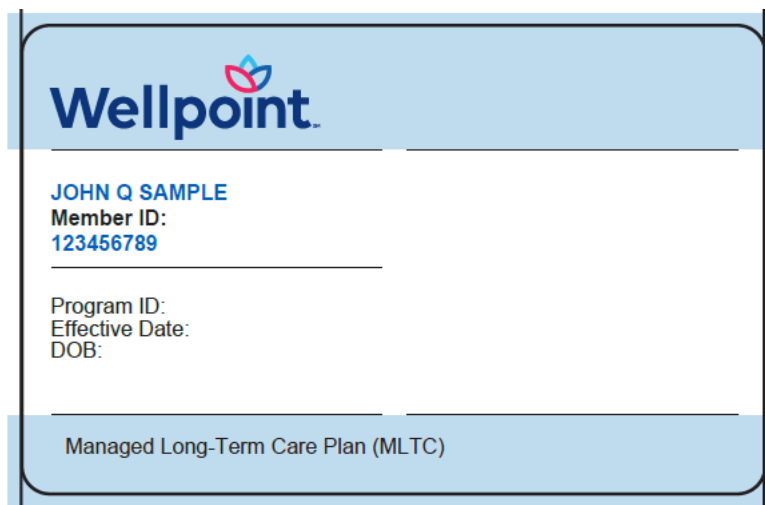
Educación sobre salud

Wellpoint se compromete a desarrollar su comprensión del sistema de cuidado de salud y sus condiciones médicas, y le proporcionará regularmente material educativo para pacientes por correo. En correos anteriores se han tratado temas como el control de la diabetes, las directivas anticipadas, la presión arterial alta y la vacunación.

Su paquete de bienvenida y su tarjeta de identificación de Wellpoint

Recibirá una carta de bienvenida y una tarjeta de identificación del miembro de Wellpoint cuando se inscriba en Wellpoint. En su tarjeta de identificación del miembro de Wellpoint figuran su número de identificación del miembro, su número de identificación del cliente de Medicaid y los números de teléfono de Wellpoint. Compruebe que toda la información en su tarjeta sea correcta. Asegúrese de llevar esta tarjeta siempre con usted, ya que la necesitará para recibir cuidado de los proveedores de la red de Wellpoint. Si pierde su tarjeta de identificación del miembro, puede llamar al número gratuito de Servicios para Miembros **877-388-5193 (TTY 711)** para solicitar una tarjeta de reemplazo.

Frente de la tarjeta de identificación del miembro



Dorso de la tarjeta de identificación del miembro

	wellpoint.com/nymltc
For Members: Please carry this card at all times. Show this card before you receive any covered MLTC services. Prior Authorization is required for certain services.	Member Services: 877-388-5193 TTY Hearing Impaired: 711 24/7 NurseLine: 877-388-5193 Dental: 844-824-2023 Vision: 800-877-7195 Provider Services: 929-946-5900
For Providers: Covered managed long term care services include but are not limited to home care, social day care, home-delivered meals, and some DME/supplies. Prior authorization is required for certain services. This Plan does not cover physician, hospital, pharmacy, lab/X-ray, or emergency services; these services are billable to Medicaid-fee-for-service, Medicare, and/or private insurance. This ID Card does not guarantee member eligibility or payment.	MLTC Claims Submission: For electronic claims, use Payer ID WLPNT Paper Claims: Wellpoint of NY, LLC P.O. Box 61010 Virginia Beach, VA 23466
	This member has limited benefits outside of the New York service area.
Services provided by Wellpoint of NY, LLC.	
NYB5 01/26	

Tenga en cuenta que para recibir atención de su proveedor de cuidados médicos u obtener servicios que Wellpoint no cubre, seguirá necesitando su tarjeta de identificación del seguro médico (número de identificación del plan Medicare Advantage o tarjetas de beneficios de Medicare y Medicaid).

Sus derechos como miembro de Wellpoint

Wellpoint hace todo lo posible para garantizar que todos los miembros sean tratados con dignidad y respeto. En el momento de la inscripción, su administrador de cuidados médicos le explicará sus derechos y responsabilidades. Si necesita servicios de interpretación, su equipo de cuidado los coordinará. El personal hará todo lo posible para ayudarlo a ejercer sus derechos. Los miembros del plan de MLTC de Wellpoint tienen los siguientes derechos:

- Tiene derecho a recibir cuidado médicamente necesario.
- Tiene derecho a acceder de manera oportuna al cuidado y los servicios.
- Tiene derecho a la privacidad de su historia clínica y del tratamiento que recibe.
- Tiene derecho a recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles en una forma e idioma que pueda entender.

- Tiene derecho a recibir información en un idioma que entienda y puede obtener servicios de traducción oral gratuitos.
- Tiene derecho a recibir la información necesaria para dar su consentimiento informado antes del inicio de un tratamiento.
- Tiene derecho a que lo traten con respeto y la debida consideración por su dignidad.
- Tiene derecho a solicitar y recibir una copia de su historia clínica y a solicitar que se modifique o corrija.
- Tiene derecho a participar en decisiones sobre su cuidado médico, incluido el derecho a rechazar un tratamiento.
- Tiene derecho a no ser sometido a ninguna forma de restricción o reclusión usada como medio de extorsión, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tiene derecho a recibir cuidado sin importar su sexo, incluso si es una persona transgénero o de cualquier identidad de género, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad de origen, orientación sexual, estado civil o religión.
- Tiene derecho a que le digan dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de su plan de atención administrada a largo plazo, incluso sobre cómo puede obtener beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red si no están disponibles en la red del plan.
- Tiene derecho a quejarse con el Departamento de Salud del estado de New York o su Departamento de Servicios Sociales local, y a utilizar el sistema de audiencias imparciales del estado de New York y/o una apelación externa del estado de New York, cuando corresponda.
- Tiene derecho a designar a alguien para que hable en su nombre sobre su cuidado y tratamiento.
- Tiene derecho a solicitar asistencia del Programa del Defensor de los Participantes (*consulte la sección Defensor de los participantes para obtener más información*).

Sus responsabilidades como miembro de Wellpoint

Es importante que conozca sus responsabilidades como miembro de Wellpoint, conforme se describen en esta sección. Como miembro de Wellpoint, usted es responsable de:

- Mantener la elegibilidad para Medicaid.
- Recibir servicios cubiertos a través de Wellpoint, incluida la evaluación de rutina (una vez al año) que ayuda a administrar el PCSP y la visita de administración de cuidados médicos en persona cada seis meses (dos veces al año) para comprobar la seguridad, la preparación para incendios o emergencias y la prevención de caídas en la casa.
- Usar proveedores de la red de Wellpoint para servicios cubiertos en la medida en que haya proveedores de la red disponibles.
- Obtener autorización previa para servicios cubiertos, excepto para los servicios cubiertos aprobados previamente o en casos de emergencia.
- Ser atendido por su médico si se presenta algún cambio en su estado de salud.
- Compartir información de salud completa y precisa con sus proveedores de cuidados médicos.
- Ayudar a Wellpoint a mantener datos personales precisos sobre usted, incluidos los cambios de nombre, dirección, número de teléfono y otras aseguradoras.
- Informar al personal de Wellpoint sobre cualquier cambio en su salud, e indicarle si no entiende algo o no puede seguir las instrucciones.
- Participar activamente en su propio cuidado mediante la búsqueda y obtención de información, la discusión sobre las opciones de tratamiento con su equipo de administración de cuidados médicos y la toma de decisiones informadas sobre su cuidado a largo plazo.
- Participar en el desarrollo y la actualización de su plan de salud.
- Seguir el Plan de servicio centrado en la persona (PCSP) recomendado por el personal de Wellpoint (con sus aportes).

- Tratar con consideración y cortesía a todo el personal de Wellpoint y al personal de cualquier agencia o proveedor de cuidado a largo plazo al que sea remitido. Esto incluye no discriminar a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, religión, sexo, edad, capacidad física o mental, orientación sexual o estado civil.
- Notificar a Wellpoint dentro de los dos días hábiles posteriores a la recepción de servicios no cubiertos o no aprobados previamente.
- Notificar a su equipo de cuidado médico de Wellpoint con anticipación cuando no estará en su casa para recibir los servicios o el cuidado que se han coordinado para usted.
- Informar a Wellpoint antes de mudarse de manera permanente fuera del área de servicio, o de cualquier ausencia prolongada del área de servicio.
- Responder por sus acciones si rechaza un tratamiento o no sigue las instrucciones de su cuidador.
- Cumplir con todos los requisitos de Wellpoint, tal como se describen en el Manual del miembro.
- Cumplir con sus obligaciones financieras.

Cambios

Si desea cambiarse a otro plan de atención administrada a largo plazo (MLTC)

Puede ponernos a prueba durante 90 días. Puede retirarse de Wellpoint e inscribirse en otro plan médico en cualquier momento durante ese periodo. Si no se retira en los primeros 90 días, debe continuar con Wellpoint durante nueve meses, a menos que tenga un buen motivo (motivo válido). Estos son algunos ejemplos de motivos válidos:

- Se muda fuera de nuestra área de servicios.
- Usted, el plan y el Departamento de Servicios Sociales de su condado o el Departamento de Salud del estado de New York están de acuerdo en que abandonar Wellpoint es lo mejor para usted.
- Su proveedor de cuidado médico en el hogar actual no trabaja con nuestro plan.

- No hemos podido prestarle servicios de acuerdo con lo requerido en virtud del contrato que tenemos 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 planes del Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE), en cualquier momento sin motivo válido.

Para cambiar de plan: Llame a New York Medicaid Choice al 888-401-6582. Los consejeros de New York Medicaid Choice pueden ayudarlo a cambiar de plan médico.

Su inscripción en un nuevo plan puede demorar entre dos y seis semanas en entrar en vigencia. Recibirá un aviso de New York Medicaid Choice para informarle su fecha de inscripción en el nuevo plan. Hasta entonces, Wellpoint le proporcionará el cuidado que necesite.

Llame a New York Medicaid Choice si necesita que se tomen medidas más rápido porque el tiempo de demora podría perjudicar su salud. También puede solicitar que actúen más rápido si informa a New York Medicaid Choice que usted no autorizó la inscripción en Wellpoint.

SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS MÉDICOS

Nuestro objetivo es ayudarlo a manejar su salud y calidad de vida para que pueda vivir en su casa de la manera más cómoda e independiente posible. Uno de los grandes beneficios de inscribirse en Wellpoint es saber que solo necesita llamar a un número para coordinar todos sus cuidados y servicios médicamente necesarios.

Su equipo de administración de cuidados médicos

Como miembro de Wellpoint, tendrá un equipo dedicado de profesionales de administración de cuidados médicos que estará asignado a su cuidado durante todo el tiempo que esté inscrito en nuestro plan. Este equipo de profesionales trabajará con usted, su familia y sus proveedores de cuidados médicos para determinar sus servicios y desarrollar un plan de

salud adaptado a sus necesidades específicas. Su equipo de cuidado coordinará los servicios y trabajará con los proveedores de cuidados médicos y de cuidado a largo plazo para coordinar todos los aspectos de su atención. Un miembro del equipo de administración de cuidados médicos realizará visitas periódicas a su casa para supervisar y evaluar sus necesidades de cuidado a fin de garantizar que su plan de salud esté actualizado a medida que sus necesidades cambien. Siempre tendrá acceso a su equipo de cuidado durante el horario de atención normal y a un administrador de cuidados médicos de guardia fuera del horario normal.

Se le asignará un administrador de cuidados médicos cuando se inscriba. Haremos todo lo posible para emparejarlo con el equipo que mejor pueda satisfacer cualquier necesidad especial que pueda tener, incluida la necesidad de comunicarse en un idioma que no sea el inglés. Su administrador de cuidados médicos hará un seguimiento con una llamada informativa para presentarse y explicarle cómo trabajará con usted el equipo de cuidado.

Su equipo incluirá, entre otros, un administrador de cuidados médicos (un enfermero registrado u otro profesional clínico) y un trabajador social. El equipo cuenta con el apoyo del enfermero a cargo de la evaluación, el director del equipo de administración de cuidados médicos y el especialista en administración médica (coordinador), según sea necesario.

Administrador de cuidados médicos

El administrador de cuidados médicos es responsable de coordinar las comunicaciones entre usted y todos los proveedores responsables de su cuidado. Su administrador de cuidados médicos:

- Revisará su estado médico, identificará y dará seguimiento a cualquier problema relacionado con su cuidado a largo plazo.
- Será su contacto principal con las agencias que le brindan servicios.
- Hará un seguimiento con sus médicos sobre cualquier problema médico que pueda tener.
- Controlará sus medicamentos.

- Les explicará sus problemas médicos tanto a usted como a los miembros de su familia y los aconsejará al respecto, y proporcionará educación u orientación sobre cómo usted y su familia pueden ayudar a manejar su cuidado.
- Se comunicará con usted mensualmente para evaluar su estado y progreso.
- Actualizará y mantendrá los registros de su caso.
- Lo ayudará a programar citas con los proveedores y a coordinar los servicios en el hogar que forman parte de su plan de cuidado a largo plazo.
- Lo ayudará a coordinar el transporte para las citas con los proveedores.
- Se comunicará con los proveedores para asegurarse de que recibe los servicios necesarios y para documentar el cuidado brindado.

Trabajador social

El trabajador social será su contacto principal para sus servicios de salud conductual, social o psicológica. Su trabajador social:

- Hablará con usted sobre cualquier problema social, familiar, psicológico y conductual.
- Será el contacto principal con sus proveedores de servicios de salud conductual.
- Identificará recursos en la comunidad y lo ayudará a obtener acceso a estos.
- Lo aconsejará sobre temas de servicio social y le brindará educación u orientación para que usted y su familia manejen su cuidado.

Especialista en administración médica (coordinador)

El coordinador es la persona que trabajará con su administrador de cuidados médicos y lo ayudará a programar sus citas y a coordinar cualquiera de los servicios en el hogar que recibirá. El coordinador trabajará con su médico, terapeutas, proveedores de cuidados médicos y otros proveedores, agencias o proveedores de servicios para coordinar los servicios necesarios de la manera más eficiente posible y cubrir todas sus necesidades de cuidado a largo plazo. En concreto, el coordinador:

- Lo ayudará a programar citas con los proveedores y a coordinar los servicios en el hogar que forman parte de su plan de cuidado a largo plazo.
- Se comunicará con los proveedores para asegurarse de que recibe los servicios necesarios y para documentar el cuidado brindado.
- Le proporcionará toda información que solicite en relación con su cuidado o servicios.

Plan de servicios centrado en la persona (PCSP)

El plan de servicios centrado en la persona es un documento escrito en el que se detallan el tipo específico de cuidado y los servicios que recibirá para ayudarlo a mantener y mejorar su estado de salud y que sea lo más independiente posible. Participará en el desarrollo del PCSP dentro de los quince (15) días posteriores a la inscripción en Wellpoint. Se le enviará una copia de este PCSP para que la firme.

El PCSP será elaborado por su equipo de cuidado y tendrá en cuenta lo siguiente:

- El conjunto integral de evaluaciones realizadas por el NYIAP y el equipo de cuidado
- Su historial médico pertinente y su estado de salud o condición actual
- Consultas con su médico de atención primaria y, si es necesario, con cualquier otro proveedor de cuidados médicos involucrado en su cuidado; con su permiso
- Sus sugerencias, las de su familia y/o de otras redes de apoyo; con su permiso

En Wellpoint, nos tomamos en serio la participación de nuestros miembros en la planificación del cuidado y la administración de cuidados médicos. Su equipo de cuidado los consultará a usted y a su familia, cuidador o representante cuando elabore el plan de salud. Consideramos que usted es una parte importante y vital del equipo de prestación de cuidado médico. Le recomendamos que analice sus necesidades médicas con sus

médicos tratantes y con su equipo de cuidado para asegurarse de que el plan de salud refleje con precisión los servicios requeridos, incluya sus preferencias y aborde cualquier posible obstáculo para la ejecución eficaz del plan de salud.

El plan de servicios centrado en la persona enumera los servicios cubiertos y no cubiertos que Wellpoint le brindará y/o coordinará para usted. Detallará el tipo, la duración y la frecuencia de los servicios autorizados. Su equipo de cuidado coordinará sus servicios y seleccionará a los proveedores adecuados, y lo consultará a usted durante el proceso para garantizar que se tengan en cuenta sus preferencias y/o necesidades especiales. Su equipo también coordinará los servicios no cubiertos necesarios con los proveedores adecuados.

Monitoreo del cuidado, reevaluaciones y actualizaciones del plan de salud

Su equipo de cuidado se mantendrá en contacto regularmente con usted para saber cómo se encuentra, evaluar el resultado de los servicios que recibe y analizar cualquier preocupación o problema que pueda tener. El equipo supervisará de cerca cualquier problema médico que pueda estar experimentando y trabajará con sus proveedores de cuidados médicos y proveedores de servicios de Wellpoint para garantizar que sus necesidades cambiantes se aborden de manera oportuna y adecuada.

A veces, es posible que necesitemos visitarlo en su casa para realizar evaluaciones a fin de ajustar su plan de salud y brindarle el conjunto de servicios adecuado. Si necesita servicios adicionales o diferentes, o un aumento o disminución en la frecuencia de sus servicios actuales, se realizarán los ajustes apropiados con sus sugerencias. Su equipo de cuidado analizará los cambios propuestos con usted y con cualquier otra persona o agencia involucrada. Recibirá una visita anual de evaluación de la salud comunitaria, una visita de administración de cuidados médicos (CM) en persona cada seis meses y, como mínimo, una llamada telefónica mensual de su administrador de cuidados médicos. Mientras sea miembro de Wellpoint, puede contar con que su equipo de cuidado estará al tanto de su atención.

Continuidad de la atención

Servicios y apoyo a largo plazo en la comunidad (CBLTSS)

Si antes de inscribirse en Wellpoint recibía servicios y apoyo de cuidado a largo plazo en la comunidad conforme al programa de cargo por servicio de Medicaid, seguirá recibiendo estos servicios durante noventa (90) días después de la inscripción o hasta que Wellpoint haya realizado una evaluación, lo que ocurra más tarde. Los servicios y apoyo a largo plazo en la comunidad (CBLTSS) son servicios de cuidado médico y de apoyo prestados a personas de todas las edades que tienen limitaciones funcionales o enfermedades crónicas y que requieren asistencia con las actividades diarias. Esto abarca servicios como cuidado médico en el hogar, enfermería privada, asistencia personal dirigida por el consumidor, programa de cuidado médico diurno para adultos y cuidado personal. Estos servicios incluyen cuidado como asistencia para bañarse, para vestirse, para preparar comidas y administrar medicamentos.

Si se canceló su inscripción en otro plan de atención administrada a largo plazo debido a una reducción del área de servicio, cierre u otro acuerdo aprobado, puede elegir inscribirse en Wellpoint y continuaremos brindando servicios según su plan de servicio centrado en la persona existente durante un periodo continuo de 120 días después de la inscripción o hasta que Wellpoint haya realizado una evaluación y usted esté de acuerdo con el nuevo plan de servicios centrado en la persona.

Si Wellpoint termina, reduce, suspende o restringe de alguna otra manera el acceso a estos servicios preexistentes, usted recibirá una notificación oficial de Wellpoint y tendrá derecho a una apelación interna, una audiencia imparcial y una apelación externa, así como el derecho a continuar recibiendo los servicios en disputa mientras se procesa la solicitud (consulte “*Audiencias imparciales estatales*” y “*Apelaciones externas estatales*” en la sección “*Acciones y apelaciones de acciones*”).

SUS BENEFICIOS DE ATENCIÓN ADMINISTRADA A LARGO PLAZO

Wellpoint ofrece una amplia variedad de servicios de apoyo y cuidado a largo plazo como parte de sus beneficios cubiertos. Puede recibir los servicios que se describen a continuación si son médicamente necesarios, es decir, si son necesarios para prevenir o tratar su enfermedad o discapacidad. Su administrador de cuidados médicos lo ayudará a identificar los servicios y proveedores que necesita. En algunos casos, es posible que necesite una referencia o una indicación de su proveedor de cuidados médicos para obtener estos servicios. Su administrador de cuidados médicos también trabajará con sus proveedores de cuidados médicos para coordinar otros “beneficios no cubiertos”, como servicios hospitalarios, médicos o de diagnóstico.

¿Qué significa “médicamente necesario”?

Un servicio se considera “médicamente necesario” si se necesita para prevenir, diagnosticar, corregir o curar una condición que le causa sufrimiento agudo, pone en peligro su vida, provoca enfermedades o dolencias, interfiere con su capacidad para realizar actividades normales o amenaza con causar alguna discapacidad significativa.

¿Qué significa “beneficios cubiertos”?

Estos son beneficios y servicios que se aprueban a través de su membresía en Wellpoint, generalmente los realiza o presta un proveedor de la red y los paga Wellpoint. Los servicios específicos, así como la frecuencia y duración de estos servicios, se aprobarán en función de la evaluación que su administrador de cuidados médicos haga de sus necesidades médicas, físicas y sociales. Wellpoint organizará todos los servicios cubiertos médicamente necesarios en su nombre.

Si en algún momento se realiza un cambio en los beneficios y servicios cubiertos por Wellpoint, se le notificará por escrito. Esta notificación se proporcionará con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de entrada en vigencia de dicho cambio.

¿Qué significa “beneficios no cubiertos coordinados”?

Estos son beneficios y servicios que **NO** están cubiertos por Wellpoint. Si bien Wellpoint no paga los servicios coordinados, el personal de administración de cuidados médicos de Wellpoint puede ayudar a los miembros a acceder a ellos. Puede elegir a cualquier proveedor que desee (el proveedor no tiene que ser un proveedor de la red), siempre y cuando ese proveedor acepte Medicare, Medicaid, su seguro de terceros o usted pague de forma privada.

Servicios cubiertos y coordinados

Servicios cubiertos (Cubiertos por la capitación de MLTC)	Servicios no cubiertos (Se puede facturar el monto del programa de cargo por servicio de Medicaid)
Administración de cuidados médicos	Servicios hospitalarios para pacientes internados
Atención de un hogar de ancianos* (centro médico residencial)	Servicios hospitalarios ambulatorios
Cuidado médico en el hogar a. Enfermería b. Asistente de cuidado médico en el hogar c. Fisioterapia (PT) d. Terapia ocupacional (OT) e. Patología del habla (SP) f. Servicios sociales médicos	Servicios médicos, incluidos los servicios prestados en un consultorio, una clínica, un centro o en el hogar
Cuidado médico diurno para adultos	Servicios de laboratorio

Servicios cubiertos (Cubiertos por la capitación de MLTC)	Servicios no cubiertos (Se puede facturar el monto del programa de cargo por servicio de Medicaid)
Cuidado personal	Servicios de radiología y radioisótopos
Equipo médico duradero (DME)*: incluye suministros médicos o quirúrgicos, fórmula enteral y parenteral, baterías para audífonos, prótesis, aparatos ortopédicos y calzado ortopédico	Transporte de emergencia
Sistema de respuesta ante emergencias personales	Servicios de clínicas de salud rurales
	Diálisis renal crónica
Podología*	Servicios de salud mental
Odontología	Servicios por abuso de sustancias y alcoholismo
Optometría y anteojos	Servicios de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD)
PT, OT, SP u otras terapias proporcionadas en un entorno que no sea la casa	Servicios de planificación familiar
Audiología y audífonos*	Medicamentos recetados y sin receta, recetas compuestas
Terapia respiratoria	Hospicio
Nutrición	Y todos los demás servicios enumerados en el Título XIX del plan estatal
Enfermería privada	
Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor	
Comidas entregadas a domicilio o en comedores	
Cuidado social diurno	
Apoyos sociales y para el entorno	

*Medicare puede cubrir estos servicios según ciertos criterios. Si Medicare cubre alguno de estos servicios, se facturará primero a Medicare. Si usted tiene un seguro adicional (que no sea Medicare o Medicaid) que cubre cualquiera de los servicios anteriores, se facturará a este seguro adicional antes que Wellpoint. Muestre siempre sus tarjetas de Medicaid, Medicare y Wellpoint cuando reciba cuidado o servicios.

Cuando utiliza cualquiera de los servicios anteriores que son reembolsables por Medicare, usted tiene la libertad de elegir su propio proveedor. Sin embargo, le recomendamos que acuda a los proveedores de la red de Wellpoint.

Tenga en cuenta que los servicios cubiertos enumerados también se pueden brindar mediante telesalud. La telesalud brinda servicios utilizando información electrónica y tecnologías de la comunicación cuando son médicamente apropiados y cuando se ha obtenido autorización previa para este método de prestación de cuidado.

Descripciones de los servicios cubiertos

Cuidado médico diurno para adultos	Cuidado brindado en un centro médico residencial que incluye los siguientes servicios: servicios médicos, enfermería, alimentos y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de ocio planificadas, servicios dentales y servicios farmacéuticos.
Audiología y audífonos	Los servicios de audiolgía incluyen pruebas de audición y recetas para audífonos. Los servicios de audífonos incluyen la selección, el ajuste y la entrega de audífonos, así como el mantenimiento necesario del dispositivo. Esta categoría también incluye los audífonos reales y las piezas asociadas.
Administración de cuidados médicos	Proceso que lo ayuda a acceder a los servicios cubiertos necesarios, según se identifica en su plan de servicios centrados en la persona. Los servicios de administración de cuidados médicos incluyen la coordinación de sus servicios, independientemente de si están o no en el paquete de beneficios.
Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor	Le permite recibir asistencia con servicios de cuidado personal, servicios de asistente de cuidado médico en el hogar y tareas de enfermería especializada de un asistente personal dirigido por el consumidor. Consulte la sección “Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS)” para obtener más detalles.

Odontología	Wellpoint se asocia con el plan dental de DentaQuest para proporcionar los siguientes servicios dentales: servicios preventivos y de diagnóstico, odontología de restauración, tratamiento de conducto*, periodoncia, prótesis (coronas y dentaduras extraíbles*), prótesis extraíbles*, servicios dentales de emergencia*. (*Se requiere autorización previa o pueden aplicarse otras limitaciones).
Equipo médico duradero (DME)	Se trata de equipo que un profesional de salud ha determinado que es necesario para el tratamiento de su condición médica. Por ejemplo, suministros médicos o quirúrgicos, fórmula enteral y parenteral y baterías para audífonos. Las prótesis, los aparatos ortopédicos y el calzado ortopédico no son equipos médicos duraderos.
Cuidado médico en el hogar	Servicios prestados en su casa, incluidos servicios de enfermería, servicios de asistente de cuidado médico en el hogar, servicios sociales médicos, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia de patología del habla.
Comidas entregadas a domicilio o en comedores	Comidas disponibles para los miembros que no se pueden preparar u obtener comidas nutricionalmente adecuadas.
Servicios sociales médicos	Servicios proporcionados por un trabajador social calificado dentro del contexto de su PCSP con el objetivo de ayudarlo a permanecer en su casa.
Atención de un hogar de ancianos (centro médico residencial)	La atención de un hogar de ancianos está cubierta para personas que requieren cuidado a corto plazo o colocación permanente, siempre que sean elegibles para la cobertura institucional de Medicaid.
Servicios de nutrición	Estos son servicios prestados por un nutricionista calificado, como la evaluación de sus necesidades nutricionales, la educación en nutrición y la planificación de su dieta.
Terapia ocupacional	Servicios de rehabilitación prestados por un terapeuta ocupacional certificado y registrado para tratar una discapacidad física o mental y devolverle su mejor nivel funcional.
Optometría y anteojos	Esto incluye los servicios de un optometrista u óptico. Los equipos cubiertos por esta categoría incluyen anteojos, lentes de contacto y lentes de policarbonato médicamente necesarios, prótesis oculares y dispositivos para visión deficiente.

Cuidado personal	Asistencia con actividades como mantener la higiene personal, vestirse y comer.
Sistema de respuesta ante emergencias personales	Este es un dispositivo electrónico de alarma que le permite enviar señales con facilidad para pedir ayuda en caso de una emergencia.
Fisioterapia	Servicios de rehabilitación prestados por un fisioterapeuta certificado y registrado para ayudar a las personas a recuperar o mejorar sus capacidades físicas.
Podología	Servicios médicos para sus pies proporcionados por un podólogo.
Enfermería privada	Cuidado continuo brindado en su casa por un profesional registrado o un enfermero practicante certificado (RN o LPN).
Terapia respiratoria	Servicios prestados por un terapeuta respiratorio calificado para ayudarlo con su respiración.
Apoyos sociales y para el entorno	Servicios como mantenimiento de la casa, limpieza, tareas domésticas, mejoras en la casa y cuidado de relevo.
Cuidado social diurno	Proporciona a las personas con discapacidad funcional socialización, supervisión y nutrición en un entorno seguro durante cualquier momento del día, pero durante menos de veinticuatro (24) horas.
Terapia del habla	Tratamiento brindado por un patólogo del habla y el lenguaje certificado y registrado para ayudar con la rehabilitación del habla.

Limitaciones de los beneficios cubiertos

- La fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limitan a aquellas personas que no pueden obtener nutrición por ningún otro medio y a las siguientes condiciones:
 - Personas que se alimentan por sonda porque no pueden masticar o tragar alimentos y deben nutrirse a través de una fórmula administrada por sonda
 - Personas con trastornos metabólicos innatos poco frecuentes que requieren fórmulas médicas específicas para proporcionar nutrientes esenciales no disponibles por ningún otro medio.

La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de los aminoácidos y del ácido orgánico incluye productos alimenticios sólidos modificados que son bajos en proteína o que contienen proteínas modificadas.

- La atención de un hogar de ancianos está cubierta para personas que necesitan cuidado a corto plazo y también cuidado a largo plazo para personas consideradas en colocación permanente durante al menos tres meses. Después de ese periodo, la atención de un hogar de ancianos puede estar cubierta a través de Medicaid regular.
- El cuidado dental proporcionado a través de DentaQuest incluye: servicios preventivos y de diagnóstico, odontología de restauración, tratamiento de conducto*, periodoncia, prótesis (coronas y dentaduras extraíbles*), prótesis extraíbles*, servicios dentales de emergencia*. (*Se requiere autorización previa o pueden aplicarse otras limitaciones).

Los servicios que un miembro de Wellpoint puede necesitar y que no están cubiertos por Wellpoint, pero que el proveedor factura directamente a Medicaid, Medicare u otro pagador externo, pueden incluirse en el PCSP del miembro y ser coordinados por el equipo de cuidado en colaboración con el médico de atención primaria del miembro y otros proveedores involucrados en el cuidado del miembro. Tenga en cuenta que Wellpoint siempre es el pagador secundario de Medicare y otros pagadores externos. Para los miembros con cobertura de Medicare, si un servicio cubierto es pagado por Medicare, Wellpoint pagará los deducibles, copagos o coseguros.

Servicios de Medicaid sin cobertura de nuestro plan

Hay algunos servicios de Medicaid que Wellpoint no cubre, pero pueden estar cubiertos por Medicaid regular. Puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid utilizando su tarjeta de beneficios de Medicaid. Llame a Servicios para Miembros al **877-388-5193 (TTY 711)** si tiene preguntas sobre si un beneficio está cubierto por Wellpoint o Medicaid. Entre algunos de los servicios cubiertos por Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid se incluye:

Farmacia

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

Ciertos servicios de salud mental, entre ellos:

- Tratamiento de rehabilitación psiquiátrica intensiva
- Tratamiento diurno
- Administración de casos para personas con enfermedades mentales graves y persistentes (patrocinada por unidades de salud mental estatales o locales)
- Cuidado hospitalario parcial no cubierto por Medicare
- Servicios de rehabilitación para personas que reciben tratamiento en una casa de familia o en un hogar comunitario
- Tratamiento diurno continuo
- Tratamiento asertivo comunitario
- Servicios personalizados orientados a la recuperación

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

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

Otros servicios de Medicaid, que incluyen:

- Tratamiento con metadona
- Terapia de observación directa para la tuberculosis (TB)
- Administración de casos de la Ley de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado (COBRA) para personas con VIH
- Planificación familiar
- Transporte médico que no sea de emergencia

El plan de MLTC de Wellpoint no cubre el transporte que no sea de emergencia como parte de los beneficios del plan. Los servicios de transporte que no sea de emergencia para los miembros inscritos en el plan de MLTC de Wellpoint serán organizados por el agente de transporte estatal del Departamento de Salud del estado de New York, conocido como Medical Answering Services (MAS). Esto no cambiará ninguno de sus otros beneficios médicos.

Para coordinar un servicio de transporte médico que no sea de emergencia, usted o su proveedor deben comunicarse con MAS en medanswering.com o llamando al 844-666-6270 (sur del estado). Si es posible, usted o su proveedor médico deberán comunicarse con MAS al menos tres días antes de su cita médica y proporcionar los detalles de su cita (fecha, hora, dirección y nombre del proveedor) y su número de identificación de Medicaid.

Servicios sin cobertura de Wellpoint, Medicaid o Medicare

Si los servicios médicos no están cubiertos por Wellpoint, Medicaid ni Medicare, debe pagarlos usted si su proveedor le informa con anticipación que estos servicios no están cubiertos Y usted acepta pagarlos.

Ejemplos de servicios sin cobertura de Wellpoint, Medicaid o Medicare:

- Cirugía cosmética que no es médicamente necesaria
- Artículos personales y para el bienestar
- Tratamiento de la infertilidad

- Servicios de proveedores que no forman parte del plan (a menos que Wellpoint lo remita a ese proveedor)

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al **877-388-5193 (TTY 711)**.

AUTORIZACIONES DE SERVICIO, APELACIONES Y QUEJAS

Cómo obtener servicios cubiertos

Durante el proceso de planificación del cuidado, su equipo de administración de cuidados médicos trabajará con usted, su familia o cuidador, y sus proveedores de cuidados médicos para determinar los servicios que necesita. Luego, su administrador de cuidados médicos autorizará los servicios que recibirá de Wellpoint, y su coordinador de servicios hará referencias a los proveedores participantes de Wellpoint y organizará los servicios para usted. Cuando se requiera una indicación médica, su equipo de cuidado trabajará con su médico y otros proveedores para garantizar que se obtenga la indicación adecuada. Hacemos el trabajo por usted para asegurarnos de que tenga todo lo que necesita.

Solicitud de autorización de servicio

Cuando solicita la aprobación de un tratamiento o servicio, esto se denomina **solicitud de autorización de servicio**. Si en algún momento considera que necesita un determinado servicio cubierto, usted o su proveedor en su nombre pueden solicitar la autorización para el servicio mediante una solicitud verbal o por escrito a su administrador de cuidados médicos. Para hacerlo, llame a Servicios para Miembros al **877-388-5193 (TTY 711)**, envíe un fax al Departamento de Administración de la Utilización al (866)-988-2812 o envíe la solicitud por escrito a:

Care Management
Wellpoint of NY
1985 Marcus Ave. - Suite. 150
Lake Success, NY 11042

La autorización es el proceso mediante el cual Wellpoint determina que el servicio solicitado es médicamente necesario. Los servicios se autorizarán por un monto determinado y para un periodo específico. Esto se denomina **periodo de autorización**.

Autorización previa

Todos los servicios cubiertos requieren **autorización previa** (aprobación por adelantado) de Wellpoint, excepto los siguientes servicios, a los que los miembros pueden autorremitirse para una evaluación o para recibir servicios cubiertos:

- Cuidado dental: cubierto por DentaQuest
- Cuidado de visión: examen de visión de rutina y servicios cubiertos por VSP Vision Care.

Revisión concurrente

También puede pedirle a Wellpoint obtener más de un servicio de lo que recibe ahora. Esto se denomina **revisión concurrente**.

Revisión retrospectiva

En ocasiones, llevamos a cabo una revisión del cuidado que está recibiendo para comprobar si todavía lo necesita. También es posible que revisemos otros tratamientos y servicios que ya ha recibido. Esto se denomina **revisión retrospectiva**. Le avisaremos si hacemos estas revisiones.

¿Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicios?

El plan cuenta con un equipo de revisión para asegurarse de que usted reciba los servicios que prometemos. El equipo de revisión está formado por médicos y enfermeros. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o el servicio que solicitó sea médicamente necesario y adecuado para usted. Para hacerlo, comparan su plan de tratamiento con estándares médicos aceptables.

Podemos decidir negar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por una cantidad menor que la solicitada. Un profesional médico calificado es quien toma estas decisiones. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión la tomará un colega clínico revisor, que puede ser un médico, un enfermero o un profesional médico que, generalmente, proporciona el cuidado que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica**, que se usan para tomar las decisiones sobre medidas relacionadas con la necesidad médica.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos en un proceso de revisión **estándar** o de **vía rápida**. Usted o su médico pueden solicitar una revisión de vía rápida si se cree que una demora causará un daño grave a su salud. Si se rechaza su solicitud de revisión de vía rápida, se lo informaremos, y su solicitud se tratará mediante el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan pronto como su condición médica lo requiera, pero no más tarde de lo que se indica a continuación.

Plazos para las solicitudes de autorización previa

Revisión estándar

Tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de tres días hábiles una vez que tengamos toda la información necesaria, pero tendrá noticias nuestras no más de siete días después de que recibamos su solicitud. Le diremos antes del día catorce si necesitamos más información.

Revisión de vía rápida

Tomaremos una decisión y se la informaremos dentro de las 72 horas. Si necesitamos más información, le avisaremos dentro de las 72 horas.

Revisión concurrente

Cuando se solicita un aumento en la cantidad o la duración de un servicio que ya se está prestando, la solicitud se denomina **revisión concurrente**.

Revisión estándar

Tomaremos una decisión en el plazo de un (1) día hábil una vez que tengamos toda la información necesaria, y tendrá noticias nuestras no más de catorce (14) días después de que recibamos su solicitud.

Revisión acelerada

Tomaremos una decisión en el plazo de un (1) día hábil una vez que tengamos toda la información necesaria. Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud. Si necesitamos más información, le avisaremos en el plazo de un (1) día hábil.

Plazos para las extensiones

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o de vía rápida sobre su solicitud de servicio, los plazos anteriores pueden extenderse hasta catorce (14) días. Nosotros:

- Le escribiremos y le diremos qué información se necesita. Si su solicitud está en una revisión de vía rápida, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos una notificación escrita más adelante.
- Le explicaremos por qué la demora lo beneficia.
- Tomaremos la decisión lo más rápido posible cuando recibamos la información necesaria, pero no más de 14 días después del día en que solicitamos más información.

Usted, su proveedor o alguien que represente sus intereses también pueden solicitar que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede suceder si tiene más información para proporcionarnos que pueda ayudar con la decisión sobre su caso. Para hacerlo, pueden llamar a Servicios para Miembros al **877-388-5193 (TTY 711)** o enviar la solicitud por escrito a:

Care Management
Wellpoint of NY
1985 Marcus Ave. – Suite 150
Lake Success, NY 11042

Usted o alguien de su confianza pueden presentar una queja ante Wellpoint si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su solicitud. También pueden presentar una queja sobre el plazo de revisión ante el Departamento de Salud del estado de New York llamando al 866-712-7197.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, autorizaremos el servicio o le entregaremos el artículo que solicitó.**
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una notificación escrita con los motivos del rechazo. Consulte “¿Cómo presento una apelación de una acción?” a continuación para obtener más información sobre cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.**

ACCIONES Y APELACIONES DE ACCIONES

¿Qué es una acción?

Cuando Wellpoint rechaza o limita los servicios que usted o su proveedor solicitaron; rechaza una solicitud de referencia; decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; restringe, reduce, suspende o termina servicios que ya autorizamos; rechaza el pago de servicios; no brinda servicios de manera oportuna; o no toma decisiones sobre quejas o apelaciones dentro de los plazos requeridos; se trata de “acciones” del plan. Una acción está sujeta a apelación. (Consulte “¿Cómo presento una apelación de una acción?” a continuación para obtener más información).

Tiempos de la notificación de acción

Si decidimos denegar o limitar los servicios que solicitó 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, nuestra carta se enviará al menos diez (10) días antes de que tengamos la intención de cambiar el servicio.

Contenido de la notificación de acción

Cualquier notificación que le enviemos sobre una acción:

- Explicará las medidas que hemos tomado o pretendemos tomar
- Citará los motivos de la acción, incluida la lógica clínica, si la hubiera
- Describirá su derecho a presentarnos una apelación (incluido si también tiene derecho al proceso de apelación externa del estado)
- Describirá cómo presentar una apelación interna y las circunstancias en las que puede solicitar que agilicemos (aceleremos) nuestra revisión de su apelación interna
- Describirá la disponibilidad de los criterios de revisión clínica que se usaron para tomar la decisión, si la acción involucró cuestiones de necesidad médica o si el tratamiento o servicio en disputa era experimental o de investigación
- Describirá la información, si la hubiera, que usted y/o su proveedor deben proporcionar para que podamos tomar una decisión sobre la apelación

En la notificación también se le informará sobre su derecho a una apelación y a una audiencia imparcial estatal:

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

Si vamos a reducir, suspender o terminar un servicio autorizado, la notificación también le informará sobre sus derechos a continuar recibiendo sus servicios mientras se decide su apelación. Para que sus servicios continúen, debe solicitar una apelación en un plazo de 10 días

a partir de la fecha de la notificación o de la fecha de entrada en vigencia pretendida para la acción propuesta, lo que sea posterior.

¿Cómo presento una apelación de una acción?

Si no está de acuerdo con una medida que ha tomado Wellpoint, puede apelar. Cuando presenta una apelación, significa que debemos revisar nuevamente el motivo de nuestra acción para decidir si estábamos en lo correcto. Puede presentar una apelación de una acción ante el plan de forma oral o por escrito. Cuando el plan le envía una carta sobre una medida que está tomando (como denegar o limitar servicios, o no pagar servicios), debe presentar su solicitud de apelación dentro de los sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de nuestra carta en la que se le notifica la acción. Si vamos a reducir, suspender o terminar un servicio autorizado, y usted desea continuar recibiendo sus servicios mientras se decide su apelación, debe solicitar una apelación en un plazo de 10 días a partir de la fecha de la notificación o de la fecha de entrada en vigencia pretendida para la acción propuesta, lo que sea posterior.

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

Puede comunicarse con nosotros por teléfono al **877-388-5192 (TTY 711)**, por fax al 866-908-0186 o por correo a:

Appeals and Grievances
Wellpoint of NY
1985 Marcus Ave. - Suite 150
Lake Success, NY 11042

La persona que reciba su apelación la registrará y el personal adecuado supervisará la revisión de la apelación. Le enviaremos un aviso para informarle que recibimos su apelación y cómo la manejaremos. Su apelación será revisada por personal clínico capacitado que no participó en la decisión o acción inicial del plan que usted está apelando.

Para algunas acciones puede solicitar la continuación del servicio durante el proceso de apelación

Si apela una restricción, reducción, suspensión o terminación de servicios que actualmente tiene autorización para recibir, debe solicitar una apelación al plan para continuar recibiendo estos servicios mientras se decide su apelación. Debemos continuar brindando su servicio si solicita una apelación al plan a más tardar 10 días después de la fecha que figura en la notificación sobre la restricción, reducción, suspensión o terminación de los servicios o la fecha de entrada en vigencia pretendida para la acción propuesta, lo que sea posterior. Para conocer cómo solicitar una apelación al plan y pedir ayuda para continuar, consulte la sección anterior “**¿Cómo presento una apelación de una acción?**”.

Si bien puede solicitar la continuación de los servicios, si la apelación al plan no se resuelve a su favor, podemos exigirle que pague por estos servicios si se prestaron solo porque usted solicitó continuar recibéndolos mientras se revisaba su caso.

¿Cuánto tiempo tardará Wellpoint en tomar una decisión sobre mi apelación de una acción?

A menos que su apelación se acelere, revisaremos su apelación de nuestra acción en los plazos de una apelación estándar. Le enviaremos una decisión por escrito tan pronto como lo requiera su condición médica, pero no más de 30 días después de que recibamos la apelación. (El periodo de revisión puede extenderse hasta 14 días si solicita una extensión o si necesitamos más información y la demora es para su beneficio). Durante nuestra revisión, tendrá la oportunidad de presentar su caso en persona y por escrito. También le enviaremos sus registros que forman parte de la revisión de la apelación.

Le enviaremos un aviso sobre la decisión que tomamos con respecto a su apelación en el que se indicará la decisión que tomamos y la fecha en que la tomamos.

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

Proceso de apelación de vía rápida

Siempre aceleraremos nuestra revisión si la apelación es sobre su solicitud de más de un servicio que ya está recibiendo. Si usted o su proveedor consideran que esperar los plazos de una apelación estándar podría resultar en un problema grave para su salud o su vida, puede solicitar una revisión acelerada de la apelación de la acción. Le informaremos nuestra decisión dentro de los dos días hábiles posteriores a la recepción de toda la información necesaria. En ningún caso el plazo para emitir nuestra decisión será superior a 72 horas después de haber recibido su apelación. (El periodo de revisión puede extenderse hasta 14 días si solicita una extensión o si necesitamos más información y la demora es para su beneficio).

Si no estamos de acuerdo con su solicitud de acelerar su apelación, haremos todo lo posible para comunicarnos con usted en persona e informarle que hemos denegado su solicitud de apelación de vía rápida y que la trataremos como una apelación estándar. Además, le enviaremos una notificación escrita de nuestra decisión de denegar su solicitud de apelación de vía rápida dentro de los dos días posteriores a la recepción de su solicitud.

Si el plan rechaza mi apelación, ¿qué puedo hacer?

Si nuestra decisión sobre su apelación no es totalmente favorable para usted, la notificación que reciba le explicará su derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid al estado de New York y cómo obtenerla,

quién puede comparecer en su nombre y, para algunas apelaciones, su derecho a solicitar recibir servicios mientras la audiencia esté pendiente y cómo presentar esa solicitud.

Nota: Debe solicitar una audiencia imparcial dentro de los 120 días calendario después de la fecha del aviso de determinación final adversa.

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

La decisión de la audiencia imparcial se tomará en 90 días. Si la demora pone en grave riesgo su salud, su vida o sus capacidades funcionales, puede solicitar una audiencia imparcial de vía rápida. Debe enviarle al estado información que demuestre que necesita una audiencia imparcial de vía rápida. Esta información puede provenir de su proveedor o de alguien que conozca su situación. Envíe esta información cuando solicite una audiencia imparcial de vía rápida de cualquiera de las formas que se indican a continuación. También puede enviar esta información después de solicitar una audiencia imparcial de vía rápida a través de Upload NY en <https://upload.ny.gov/en-US/>.

Si el estado rechaza su solicitud de una audiencia imparcial de vía rápida, lo llamarán y le enviarán una carta. Si se rechaza su solicitud de una audiencia imparcial de vía rápida, el estado procesará su audiencia imparcial en 90 días.

Si el estado aprueba su solicitud de una audiencia imparcial de vía rápida, lo llamarán para informarle la fecha y hora de su audiencia. Todas las audiencias imparciales de vía rápida se llevarán a cabo por teléfono.

Audiencias imparciales estatales

Si rechazamos su apelación al plan o no le enviamos un aviso de determinación final adversa dentro de los plazos establecidos en la sección anterior “**¿Cuánto tiempo tardará el plan en decidir sobre mi apelación de una acción?**”, puede solicitar una audiencia imparcial al estado de New York. La decisión de la audiencia imparcial puede anular nuestra decisión. Debe solicitar una audiencia imparcial dentro de los 120 días calendario posteriores a la fecha en que le enviamos el aviso de determinación final adversa.

Si vamos a reducir, suspender o terminar un servicio autorizado y usted quiere asegurarse de continuar recibiendo sus servicios hasta que se resuelva la audiencia imparcial, debe presentar su solicitud de audiencia imparcial dentro de los 10 días posteriores a la fecha del aviso de determinación final adversa.

Sus beneficios continuarán hasta que usted retire la solicitud de audiencia imparcial o hasta que el funcionario de audiencias imparciales estatales emita una decisión de audiencia que no sea a su favor, lo que ocurra primero.

Si el funcionario de audiencias imparciales estatales revierte nuestra decisión, debemos asegurarnos de que reciba los servicios en disputa rápido y tan pronto como lo requiera su condición médica. Si recibió los servicios en disputa mientras su apelación estaba pendiente, seremos responsables del pago de los servicios cubiertos solicitados por el funcionario de audiencias imparciales.

Si bien puede solicitar continuar recibiendo servicios mientras espera la decisión de la audiencia imparcial, si la audiencia imparcial no se resuelve a su favor, es posible que usted sea responsable de pagar por los servicios que fueron objeto de la audiencia imparcial.

Para presentar una audiencia imparcial estatal, comuníquese con la Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidad:

Formulario de solicitud en línea: otda.ny.gov/oah/FHReq.asp

Envíe por correo un formulario de solicitud apto para impresión

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

Envíe por fax un formulario de solicitud apto para impresión: (518) 473-6735

Solicitud por teléfono

Línea de audiencia imparcial estándar: 800-342-3334
Línea de audiencia imparcial de emergencia: 800-205-0110
Línea TTY: 711 (solicite que el operador llame al 877-502-6155)

Solicitud en persona

New York City
5 Beaver Street
New York, NY 10004

Albany
40 North Pearl St., 15th Floor
Albany, NY 12243

Para obtener más información sobre cómo solicitar una audiencia imparcial, visite otda.ny.gov/hearings/request/.

Apelaciones externas estatales

Si rechazamos su apelación porque determinamos que el servicio no es médicamente necesario o es experimental o de investigación, puede solicitar una apelación externa al estado de New York. La decisión sobre la apelación externa la toman revisores que no trabajan para nosotros ni para el estado de New York. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el estado de New York. Usted no tiene que pagar por una apelación externa.

Cuando tomemos 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 sobre cómo presentar una apelación externa, incluido un formulario para presentar la apelación externa junto con nuestra decisión de denegar una apelación. Si quiere una apelación externa, debe presentar el formulario al Departamento de Servicios Financieros del estado de New York dentro de los cuatro (4) meses posteriores a la fecha en que denegamos su apelación.

Su apelación externa se resolverá en treinta (30) días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de la apelación externa solicita más información. Luego, el revisor nos informará a usted y a nosotros sobre la decisión final dentro de los dos (2) días hábiles posteriores a la toma de la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico indica que la demora causará un daño grave a su salud. Esto se denomina apelación externa de vía rápida. El revisor de la apelación externa tomará una decisión sobre su apelación de vía rápida en 72 horas o menos. El revisor nos comunicará la decisión a usted y a nosotros de inmediato por teléfono o por fax. Más tarde, también se enviará una carta que le informe la decisión.

Puede solicitar tanto una audiencia imparcial como una apelación externa. Si solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, prevalecerá la decisión del funcionario de audiencias imparciales.

QUEJAS Y APELACIONES DE QUEJAS

Wellpoint hará todo lo posible para resolver sus preocupaciones o problemas lo más rápido posible y de manera satisfactoria para 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 le brinda el personal de Wellpoint o un proveedor de cuidados médicos por presentar una queja o una apelación. Mantendremos su privacidad. Le brindaremos toda la ayuda que necesite para presentar una queja o apelación. Esto incluye brindarle servicios de interpretación o ayuda si tiene problemas de visión y/o audición. Puede elegir a alguien (como un familiar, un amigo o un proveedor) para que actúe en su nombre.

Para presentar una queja o apelar una acción del plan, puede comunicarse con Wellpoint por teléfono al **877-388-5192 (TTY 711)**, **por fax al fax at 866-908-0186** o por escrito a:

Appeals and Grievances
Wellpoint of NY
1985 Marcus Ave. - Suite 150
Lake Success, NY 11042

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

¿Qué es una queja?

Una queja es cualquier insatisfacción que nos comunica sobre el cuidado y el trato que recibe de nuestro personal o proveedores de servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien fue grosero con usted o no está conforme con la calidad del cuidado médico o de los servicios que ha recibido de nuestra parte, puede presentar una queja ante nosotros.

El proceso de quejas

Puede presentarnos una queja de forma oral o por escrito. La persona que reciba su queja la registrará y el personal del plan adecuado supervisará la revisión de la queja. Le enviaremos una carta para informarle que recibimos su queja y explicarle nuestro proceso de revisión. Revisaremos su queja y le daremos una respuesta por escrito dentro de uno de estos dos plazos:

1. Si una demora aumentara significativamente el riesgo para su salud, tomaremos una decisión dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de la información necesaria, pero el proceso se completará dentro de los siete días posteriores a la recepción de la queja.
2. Para los demás tipos de quejas, le informaremos nuestra decisión dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la información necesaria, pero el proceso debe completarse dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la queja. El periodo de revisión se puede extender hasta 14 días si lo solicita o si necesitamos más información y la demora es para su beneficio.

Nuestra respuesta describirá lo que observamos cuando revisamos su queja y nuestra decisión al respecto.

¿Cómo apelo la decisión sobre una queja?

Si no está conforme con la decisión de Wellpoint sobre su queja, puede solicitar una segunda revisión de su problema mediante una apelación de queja. Debe presentarla dentro de los sesenta (60) días hábiles posteriores a la recepción de nuestra decisión inicial sobre su queja. Una vez que Wellpoint reciba su apelación de queja, le enviaremos un acuse de recibo por escrito dentro de los 15 días hábiles en el que le indicaremos el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que hemos designado para responder a su apelación de queja. Todas las apelaciones de quejas serán llevadas a cabo por profesionales adecuados, incluidos profesionales médicos para quejas relacionadas con asuntos clínicos, que no hayan participado en la decisión inicial.

Para las apelaciones de quejas estándar, tomaremos la decisión sobre la apelación dentro de los treinta (30) días hábiles posteriores a la recepción de toda la información que necesitamos para tomar nuestra decisión. Si una demora en nuestra decisión aumentaría significativamente el riesgo para su salud, utilizaremos el proceso de apelación de queja de vía rápida. En el caso de las apelaciones de quejas de vía rápida, tomaremos nuestra decisión sobre la apelación de queja dentro de los dos (2) días hábiles posteriores a la recepción de la información necesaria. Tanto para las apelaciones de quejas estándar como para las de vía rápida, le enviaremos una notificación escrita de nuestra decisión. La notificación incluirá los motivos detallados de nuestra decisión y, en casos relacionados con asuntos clínicos, la lógica clínica de nuestra decisión.

Defensor de los participantes

El defensor de los participantes, llamado Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN), es una organización independiente que ofrece servicios gratuitos de defensoría a beneficiarios de cuidado a largo plazo en el estado de New York. Puede obtener asesoramiento independiente gratuito sobre su cobertura, quejas y opciones de apelación. Ellos pueden ayudarlo a manejar el proceso de apelación. También pueden brindarle apoyo antes de que se inscriba en un plan de MLTC como Wellpoint. Este apoyo incluye consejería imparcial sobre opciones de planes médicos e información general relacionada con el plan.

Comuníquese con la ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)

633 Third Ave, 10th Floor, New York, New York, 10017

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

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

De lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.

A través del sitio web de la ICAN, puede chatear con un consejero en vivo o enviar una solicitud para que uno lo llame.

Aviso electrónico

Wellpoint puede enviarle avisos sobre autorizaciones de servicios, apelaciones al plan, quejas y apelaciones de quejas de manera electrónica, en lugar de hacerlo por teléfono o correo postal. Wellpoint también puede enviarle comunicaciones sobre nuestro directorio de proveedores, su manual del miembro y cambios en sus beneficios administrados a largo plazo de Medicaid.

Podemos enviarle estos avisos a través del portal web.

Si desea recibir estos avisos de manera electrónica, debe solicitarlo. Para solicitar avisos electrónicos, contáctenos por teléfono o por correo:

Teléfono: 877-388-5193

Portal para miembros: **[wellpoint.com/nymiltc](https://www.wellpoint.com/nymiltc)**

Mail: Wellpoint of NY

P.O. Box 62429

Virginia Beach, VA 23466-2429

Cuando nos contacte, usted deberá:

- Decirnos cómo desea recibir los avisos que normalmente se envían por correo,
- Decirnos cómo desea recibir los avisos que normalmente se comunican a través de una llamada telefónica, y
- Darnos su información de contacto (número de teléfono móvil, dirección de correo electrónico, etc.).

Wellpoint le informará por correo que usted eligió recibir los avisos de manera electrónica.

ACCESO A PROVEEDORES

Atención de transición

Si está haciendo la transición de un programa de cuidado a largo plazo en la comunidad de cargo por servicio de Medicaid, Wellpoint continuará brindando los servicios autorizados conforme a su plan de servicios preexistente y le permitirá mantener a sus proveedores de servicios durante un mínimo de noventa (90) días. Los proveedores fuera de la red pueden continuar prestando los servicios durante este periodo de transición siempre y cuando acepten la tasa de pago ofrecida por Wellpoint, cumplan con la garantía de calidad y otras políticas de Wellpoint, y proporcionen información médica sobre la atención a Wellpoint.

Si Wellpoint termina, reduce, suspende o restringe de alguna otra manera el acceso a estos servicios preexistentes, usted recibirá una notificación oficial de Wellpoint y tendrá derecho a una apelación interna, una audiencia imparcial y una apelación externa, así como el derecho a continuar recibiendo los servicios en disputa mientras se procesa la solicitud (*consulte “Audiencias imparciales estatales” y “Apelaciones externas estatales” en la sección “Acciones y apelaciones de acciones”*).

Procedimientos de atención de transición

Los nuevos miembros de Wellpoint pueden continuar un tratamiento en curso con un proveedor de cuidados médicos fuera de la red durante un periodo de transición de hasta 90 días a partir de la inscripción si el proveedor acepta la tasa de pago del plan, cumple con la garantía de calidad y otras políticas de Wellpoint, y proporciona información médica sobre la atención al plan.

Si su proveedor abandona la red, puede continuar un tratamiento en curso durante un periodo de transición de hasta 90 días si el proveedor acepta la tasa de pago del plan, cumple con la garantía de calidad y otras políticas de Wellpoint, y proporciona información médica sobre la atención al plan.

Además, los nuevos inscritos en Wellpoint pueden continuar un tratamiento en curso con un proveedor de cuidados médicos fuera de la red durante un periodo de transición de hasta 90 días a partir de la inscripción si el proveedor acepta la tasa de pago del plan, cumple con la garantía de calidad y otras políticas de Wellpoint, y proporciona información médica sobre la atención al plan.

El Dinero Sigue a la Persona (MFP)/Puertas Abiertas

El Dinero Sigue a la Persona (Money Follows the Person [MFP])/Puertas Abiertas (Open Doors) es un programa que puede ayudarlo a mudarse de un hogar de ancianos a su casa o residencia en la comunidad. Puede calificar para el MFP si:

- Ha vivido en un hogar de ancianos durante tres meses o más y
- Tiene necesidades de salud que pueden ser satisfechas a través de servicios en su comunidad.

El programa MFP/Puertas Abiertas cuenta con personas, llamadas especialistas en transición y pares, que pueden reunirse con usted en el hogar de ancianos y hablar sobre cómo regresar a la comunidad. Los especialistas en transición y pares no son los administradores de cuidados médicos y los coordinadores de altas. Pueden ayudarlo al:

- Proporcionarle información sobre servicios y apoyos en la comunidad.
- Encontrar servicios ofrecidos en la comunidad para que pueda ser independiente.
- Visitarlo o llamarlo después de que se mude para asegurarse de que tenga lo que necesita en casa.

Para obtener más información sobre el programa MFP/Puertas Abiertas, o para programar una visita de un especialista en transición o par, comuníquese con la Asociación para Vida Independiente de New York:

Teléfono: 844-545-7108

Correo electrónico: mfp@health.ny.gov

También puede visitar el sitio web del MFP/Puertas Abiertas en health.ny.gov/mfp o ilny.org.

Proveedores participantes en la red de Wellpoint

Los servicios cubiertos son prestados por una red de proveedores participantes. Esta red está diseñada para garantizar que tenga las opciones adecuadas para satisfacer cualquier necesidad especial que pueda tener. Además, todos nuestros proveedores tienen un contrato con Wellpoint para garantizar una atención de calidad para los miembros de Wellpoint. Consulte el Directorio de proveedores de Wellpoint para obtener una lista de todos los proveedores de la red participantes. También puede comunicarse con Servicios para Miembros al **877-388-5193 (TTY 711)** si necesita otra copia del Directorio, o puede consultarlo en nuestro sitio web en wellpoint.com/nymiltc. Tiene derecho a seleccionar a cualquiera de los proveedores que participan en la red de Wellpoint y, si el proceso de selección le resulta difícil, su equipo de cuidado estará encantado de ayudarlo. La selección del equipo tendrá en cuenta factores como su idioma preferido, las discapacidades y necesidades especiales que pueda tener, así como sus preferencias personales.

Queremos que esté plenamente satisfecho con todos sus proveedores de servicios. Si no está conforme con uno por cualquier motivo, puede cambiar a otro proveedor de la red participante. Su equipo de cuidado puede brindarle ayuda.

Wellpoint les pagará a los proveedores de nuestra red por cada servicio autorizado que le brinden. Esto no tiene costo para usted. Comuníquese con su equipo de cuidado si recibe una factura de un proveedor por cualquier servicio cubierto autorizado por Wellpoint, ya que usted no debe pagarlo. Sin embargo, es posible que usted sea responsable del pago de los servicios cubiertos que **no** fueron autorizados por Wellpoint o de los servicios cubiertos prestados por proveedores **fuera de la red** de Wellpoint.

Todos los servicios que recibe actualmente y que están cubiertos por Medicaid o Medicare que no estén cubiertos por Wellpoint seguirán estando cubiertos por el cargo por servicio de Medicare y/o Medicaid. Por lo tanto, es importante que lleve sus tarjetas de Medicare y Medicaid además de su tarjeta de identificación de Wellpoint.

Hogares para veteranos

Un miembro de Wellpoint que sea veterano, el cónyuge de un veterano o un padre Gold Star puede acceder a los servicios de un hogar para veteranos dentro de la red. Si hay un hogar para veteranos que no tiene contrato dentro de la red, pero se encuentra en el área de servicio de Wellpoint, se pueden hacer acuerdos para permitir que un miembro elegible tenga acceso a sus servicios. Consulte a su administrador de cuidados médicos si es elegible y le interesa.

Proveedor de servicios dentales

Wellpoint se asocia con DentaQuest para administrar los beneficios dentales de nuestros miembros. Como miembro de Wellpoint, puede acceder a los servicios dentales directamente, sin una referencia, a través de los proveedores de servicios dentales contratados de DentaQuest. Cuando se inscriba en Wellpoint, se le asignará un dentista de atención primaria que esté cerca de su casa. Si desea cambiar de dentista, llame al plan dental de DentaQuest al 844-824-2023 (TTY 711) para obtener ayuda.

Wellpoint ahora cubre coronas y tratamientos de conducto en determinadas circunstancias para que pueda conservar más dientes naturales. Además, solo se necesitará una recomendación de su dentista para determinar si las dentaduras postizas de reemplazo y los implantes son necesarios. Esto le facilitará el acceso a estos servicios dentales.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame al plan dental de DentaQuest al 844-824-2023 (TTY 711).

Servicios de la visión

Wellpoint se asocia con VSP Vision Care para administrar los beneficios de la visión de nuestros miembros. Como miembro de Wellpoint, puede acceder a los servicios de la visión directamente, sin una referencia, a través de los proveedores contratados de VSP. Para obtener más información sobre los servicios de la visión, llame a VSP Vision Care al 800-877-7195 (TTY 711) para obtener ayuda.

Atención fuera de la red

Si necesita un servicio cubierto de un proveedor no participante, Wellpoint autorizará que dicho servicio se preste fuera de la red. Esa autorización fuera de la red se proporcionará hasta que los servicios puedan prestarse dentro de la red. Se puede otorgar una autorización única para servicios como equipo médico duradero, aparatos ortopédicos, prótesis o reparaciones en la casa. Para servicios que requieren atención continua, como cuidado médico en el hogar o cuidado personal, la autorización se otorgará por un máximo de noventa (90) días por vez.

Tiempo fuera del área de servicio

Debe informar a su equipo de cuidado cuando viaje fuera de su área de cobertura. Si necesita servicios fuera de su área de cobertura, debe comunicarse con su equipo de cuidado para que lo ayude a coordinar los servicios.

Si planea estar fuera del área de servicio durante más de treinta (30) días consecutivos, Wellpoint debe iniciar la cancelación involuntaria de la inscripción, ya que no podremos supervisar y administrar su PCSP de manera eficaz. Comuníquese con su equipo de cuidado para analizar sus opciones y planificar la transición de su atención.

Atención de emergencia

Una emergencia es una lesión o enfermedad aguda que representa un riesgo inmediato para la vida o la salud a largo plazo de una persona. Ante cualquier emergencia, debe buscar cuidado inmediato en una sala de emergencia o llamar al 911.

No es necesario que obtenga autorización previa de Wellpoint para recibir atención de emergencia, ni para los servicios cubiertos que son médicamente necesarios para estabilizar o tratar una condición de emergencia. Pero en caso de emergencia, usted o alguien en su nombre debe comunicarse con su equipo de cuidado lo antes posible, pero no más de tres (3) días después de la emergencia.

Su administrador de cuidados médicos preguntará sobre las circunstancias de su emergencia, obtendrá información del centro de emergencia y determinará qué servicios adicionales, si los hubiera, podría necesitar para estabilizar su cuidado o prevenir emergencias similares en el futuro. Si es apropiado realizar un ajuste en los servicios, su plan de salud se revisará según corresponda.

Cuando Wellpoint organice servicios cubiertos en una emergencia, la autorización de la prestación de servicios será para un periodo de tres (3) días. Se debe realizar una solicitud de autorización para continuar recibiendo el servicio después de los tres (3) días, a menos que el administrador de cuidados médicos considere que la continuación del servicio es médicamente necesaria. Si un miembro solicita un servicio o alguien lo hace en su nombre durante una emergencia y parece haber motivos para la urgencia, la solicitud se tratará como una solicitud acelerada.

Hospitalización

En caso de hospitalización, usted o alguien en su nombre deben comunicarse con Wellpoint lo antes posible y a más tardar veinticuatro (24) horas después de la admisión. Su equipo de cuidado cancelará o pospondrá los servicios y las citas programados regularmente durante su hospitalización.

Antes del alta, asegúrese de pedirle al coordinador de altas del hospital que se comunique con su equipo de cuidado para programar la reanudación de sus beneficios y servicios anteriores y para organizar los nuevos beneficios y servicios que pueda necesitar después del alta.

Servicios cubiertos por Medicare

La membresía en Wellpoint no afecta su cobertura de Medicare. Sus servicios cubiertos por Medicare seguirán estando cubiertos por Medicare y, si está inscrito en un plan Medicare Advantage, por ese plan. NO necesita cambiar de proveedor de cuidados médicos o de plan Medicare Advantage si está inscrito en uno. Para los servicios de Medicare, no es necesario que utilice un proveedor participante de Wellpoint; puede elegir

el proveedor que quiera. No necesita obtener la aprobación de Wellpoint para recibir ningún beneficio cubierto por Medicare. Una vez que se agote su cobertura de Medicare o si un servicio NO está cubierto por Medicare, Wellpoint se convertirá en la compañía de seguros principal de cualquier beneficio aprobado por el plan, y usted deberá cambiar a uno de nuestros proveedores participantes para recibir ese servicio.

Para ayudarlo con la coordinación de los servicios de Medicare, Wellpoint puede:

- Coordinar los servicios de cuidado médico en el hogar cubiertos por Medicare
- Coordinar transporte que no sea de emergencia
- Programar citas para análisis de laboratorio, radiografías o cualquier otro servicio o prueba de diagnóstico aprobado por su médico

Si recibe beneficios o servicios que están cubiertos tanto por Medicare como por Wellpoint, Medicare siempre será el seguro principal. Si Medicare no cubre el costo total de estos servicios, es posible que se le facturen a Wellpoint el coseguro y los deducibles.

Si actualmente recibe servicios o beneficios cubiertos por Medicare, puede seguir consultando a su proveedor actual para esos servicios. Sin embargo, le recomendamos que considere acudir a un proveedor participante de Wellpoint. Esto garantizará que sus servicios permanezcan cubiertos en caso de que Medicare limite o finalice su cobertura. Si su proveedor actual no es un proveedor participante de Wellpoint, comuníquese con su equipo de cuidado para analizar sus opciones.

CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN EL PLAN DE MLTC DE WELLPOINT

Cancelación voluntaria de la inscripción

Puede solicitar la cancelación de la inscripción en Wellpoint en cualquier momento y por cualquier motivo llamándonos al **877-388-5193 (TTY 711)** o escribiéndonos.

Un representante de Wellpoint le preguntará el motivo de la cancelación de la inscripción para determinar si hay algún problema que pueda solucionarse. Si aún así decide cancelar la inscripción, le enviaremos una carta de confirmación acusando recibo de su solicitud de cancelación de la inscripción. También le pediremos que firme un formulario de cancelación voluntaria de la inscripción. Si no puede o no quiere firmarlo, continuaremos con su cancelación de la inscripción. Luego, Wellpoint le transmitirá la solicitud de cancelación de la inscripción con su información pertinente a New York Medicaid Choice (NYMC) o al Departamento de Servicios Sociales local (LDSS) para que la revise y apruebe.

Debe tener en cuenta que la cancelación de la inscripción no es inmediata. Puede tardar hasta seis (6) semanas en procesarse, según la fecha en que se reciba su solicitud.

Durante el proceso de cancelación de la inscripción, Wellpoint continuará organizando los servicios de atención administrada a largo plazo para usted y también coordinará la transferencia de su atención al proveedor que usted indique que lo tratará después de la cancelación de su inscripción.

Puede cancelar su inscripción en Medicaid regular o inscribirse en otro plan médico siempre que reúna los requisitos. Si aún necesita servicios y apoyo a largo plazo en la comunidad (CBLTSS), como cuidado personal, debe inscribirse en otro plan de MLTC, plan de atención administrada de Medicaid o programa de exención de servicios en el hogar y en la comunidad para recibirlos. (Consulte la sección “Cambios” para conocer las limitaciones sobre cuándo puede cambiarse de un plan de MLTC a otro).

Podemos solicitarle que se retire de Wellpoint

Una cancelación involuntaria de la inscripción es aquella que inicia Wellpoint. Si no solicita la cancelación voluntaria de la inscripción, debemos iniciar la cancelación involuntaria de la inscripción dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha en que descubrimos que cumple con cualquiera de los motivos de cancelación involuntaria de la inscripción que se enumeran a continuación.

Deberá retirarse de Wellpoint si:

- Ya no es elegible para Medicaid;
- Se muda de manera permanente fuera del área de servicio de [Insert Plan Name];
- Está fuera del área de servicio del plan durante más de 30 días consecutivos;
- Necesita atención de un hogar de ancianos, pero no es elegible para la cobertura institucional de Medicaid;
- Está hospitalizado durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más;
- Se inscribe en un programa de exención de servicios en el hogar y en la comunidad, o se une a un programa residencial de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo;
- Se une a un programa residencial de la Oficina de Salud Mental (OMH) o de la Oficina de Servicios y Apoyo para las Adicciones (OASAS) (que no sea un beneficio cubierto del plan MAP) durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más; o
- Ha sido encarcelado;
- Recibe cuidado social diurno como su único servicio;
- Ya no necesita ni recibe al menos un CBLTSS;
- Se negó a completar una reevaluación requerida;
- Es un inscrito con estado heredado en un plan de MLTC sin doble elegibilidad, y ya no es elegible para el nivel de atención de un hogar de ancianos según lo determina la CHA;
- Es un inscrito con estado heredado en un plan de MLTC con doble elegibilidad, y no tiene una necesidad funcional o clínica de CBLTSS según lo determina la CHA;
- En cualquier reevaluación mientras vive en la comunidad, se determina que ya no cumple con el requisito de necesidades mínimas para ADL;
- Le proporciona información falsa al plan, engaña de otra manera o participa en una conducta fraudulenta con respecto a cualquier aspecto importante de su membresía en el plan.

Wellpoint también iniciará la cancelación de la inscripción en las siguientes situaciones si, después de varios intentos de trabajar con usted y/o su representante, determinamos que el problema no se puede resolver de manera efectiva:

- Usted, su familia u otras personas en su casa tienen conductas o comportamientos que impiden que Wellpoint le brinde el cuidado que necesita (sin incluir comportamientos que resulten de sus necesidades especiales).
- Usted no paga ni coordina el pago de cualquier monto de responsabilidad económica o excedente adeudado a Wellpoint según lo determine el LDSS dentro de los treinta (30) días posteriores en la primera fecha de vencimiento de dicho monto, siempre y cuando Wellpoint haga un esfuerzo razonable para cobrar de antemano, incluida una demanda de pago por escrito.

Wellpoint no cancelará la inscripción de un miembro debido a un cambio adverso en la salud del miembro o a cambios en la tasa de capitación pagadera a Wellpoint. La cancelación de la inscripción nunca se iniciará como resultado del uso de los servicios cubiertos por parte del miembro, una capacidad mental disminuida o un comportamiento poco cooperativo o problemático como resultado de sus necesidades especiales.

Antes de que se cancele la inscripción de manera involuntaria, Wellpoint obtendrá la aprobación de New York Medicaid Choice (NYMC) o de la entidad designada por el estado. Una vez recibida la aprobación para cancelar la inscripción, Wellpoint le enviará una carta para confirmar la cancelación de la inscripción. En esta carta se indicará la fecha de entrada en vigencia de la cancelación de la inscripción, que será el primer día del mes posterior al mes en el que usted se volvió no elegible para la inscripción. Wellpoint continuará proporcionando y coordinando los servicios cubiertos hasta la fecha de entrada en vigencia de la cancelación de la inscripción y hará todas las referencias necesarias para obtener servicios alternativos.

Si sigue necesitando servicios y apoyo a largo plazo en la comunidad, deberá elegir otro plan o se le asignará automáticamente otro plan. El LDSS les informará a los miembros sujetos a la cancelación involuntaria de la inscripción sobre sus derechos de apelación.

Reinscripción en Wellpoint

Si cancela la inscripción de manera voluntaria, podrá volver a inscribirse en el programa si cumple con nuestros criterios de elegibilidad para la inscripción. Si se cancela su inscripción de manera involuntaria, se le permitirá volver a inscribirse en el programa si se han resuelto las circunstancias que dieron lugar a la cancelación de la inscripción.

Si se canceló su inscripción de manera involuntaria debido a que no realizó el pago de su responsabilidad económica, deberá pagar la totalidad del saldo adeudado antes de poder volver a inscribirse en Wellpoint.

Se requiere que todas las reinscripciones se traten como si fueran nuevas inscripciones. Por lo tanto, Wellpoint debe volver a determinar su elegibilidad para la inscripción y realizar una visita a domicilio para completar las evaluaciones y la solicitud de inscripción.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (CDPAS)

A través del Programa de Servicios de Asistencia Personal Dirigida por el Consumidor (CDPAP), los miembros pueden recibir asistencia parcial o total con tareas de cuidado personal, de asistente de cuidado médico en el hogar y/o de enfermería especializada. El asistente de los CDPAS que realiza estas tareas es dirigido, capacitado y supervisado por el miembro. Esto permite que los miembros con enfermedades crónicas y/o discapacidades físicas tengan mayor flexibilidad y libertad de elección para recibir sus servicios de cuidado médico en el hogar. Puede ejercer la opción de los CDPAS en cualquier momento durante su inscripción en Wellpoint.

Si decide utilizar los CDPAS, Wellpoint seguirá siendo responsable de la evaluación integral y el desarrollo de un plan de servicios centrado en la persona. Sin embargo, usted (o su representante) es responsable de tomar decisiones sobre el personal de los CDPAS con respecto al reclutamiento, la capacitación, la programación, la evaluación, la verificación y aprobación del registro de horas y el alta.

Para participar en el Programa de CDPAS, debe obtener una indicación médica válida y cumplir con todos los siguientes requisitos de elegibilidad:

- Tener una condición médica estable
- Autodirigir su cuidado o, si no puede hacerlo, tener un representante designado
- Necesitar ayuda total o parcial con una o más tareas de cuidado personal, de asistente de cuidado médico en el hogar o de enfermería especializada
- Estar dispuesto y ser capaz de cumplir con las responsabilidades del programa de CDPAS (que se describen a continuación) o tener un representante designado que esté dispuesto y sea capaz de cumplir con dichas responsabilidades
- Participar cuando sea necesario o tener un representante designado que participe cuando sea necesario, en los procesos de evaluación y reevaluación requeridos

Antes de recibir los CDPAS, debe firmar un reconocimiento del consumidor sobre las funciones y responsabilidades de Wellpoint y del miembro, que son las siguientes:

Responsabilidades del programa de CDPAS de Wellpoint

- Proporcionarle información sobre cómo calificar para los CDPAS y otros servicios y apoyo a largo plazo en la comunidad
- Si usted expresa interés en los CDPAS, Wellpoint le proporcionará materiales educativos por escrito que describan los detalles y las responsabilidades asociadas que usted o su representante designado deberán asumir
- Evaluar si es elegible para recibir cuidado médico en el hogar o servicios de cuidado personal

- Determinar si usted o un representante designado son capaces y están dispuestos a asumir todas las responsabilidades asociadas con los CDPAS
- Determinar si usted es elegible para recibir CDPAS
- Evaluar su salud y documentarla en el plan de salud centrado en el paciente para asegurarse de que estén disponibles los apoyos adecuados para satisfacer sus necesidades
- Autorizar el tipo, la cantidad y el nivel de los servicios que requiere
- Desarrollar un PCSP con usted que especifique las tareas que debe completar el asistente personal. Wellpoint guardará el documento del PCSP, y a usted se le proporcionará una copia
- Si se determina que usted ya no es elegible para continuar recibiendo los CDPAS o si Wellpoint cancela sus CDPAS, Wellpoint evaluará de manera continua si necesita cuidado personal, cuidado médico en el hogar u otro nivel de servicio
- Proporcionarle avisos adecuados en caso de terminación o reducción en el nivel y la cantidad de servicios, incluido un aviso de audiencia imparcial, y, además, proporcionarle un aviso adecuado si se determina que usted es no elegible o ya no es elegible para los CDPAS

Sus responsabilidades del programa de CDPAS o las de su representante designado

- Revisar la información proporcionada por Wellpoint sobre los CDPAS y entender las funciones y responsabilidades de Wellpoint, del intermediario fiscal y las suyas
- Ser responsable de reclutar, contratar, capacitar, supervisar, programar y despedir a los asistentes personales de su elección para satisfacer mejor sus necesidades
- Mantener un ambiente apropiado en la casa para la prestación segura del cuidado
- Capacitar a los asistentes personales para que implementen el PCSP
- Cumplir con las leyes laborales, brindando igualdad de oportunidades de empleo según lo establecido en el acuerdo entre usted y el intermediario fiscal (FI)

- Informar a Wellpoint y al FI cualquier cambio en su estado o condición, incluidos, entre otros, hospitalizaciones, cambios de dirección y número de teléfono, y vacaciones dentro de los cinco (5) días hábiles
- Garantizar la presentación precisa y oportuna de la documentación requerida del asistente personal al FI, incluidos los registros de horas, las evaluaciones de la salud anuales de los trabajadores y los documentos de empleo requeridos
- Desarrollar y mantener un plan de contingencia para garantizar que haya apoyos adecuados disponibles para satisfacer sus necesidades
- Revisar y firmar el registro semanal de horas del asistente personal para asegurarse de que este refleje el número real de horas trabajadas autorizadas
- Cooperar con Wellpoint y aceptar cumplir con los requisitos del Programa de Atención Administrada de Medicaid, que incluyen, entre otros, disponibilidad para las reevaluaciones requeridas
- Informar y devolver a Wellpoint cualquier sobrepago o pago inapropiado del programa Medicaid realizados a los asistentes personales dirigidos por el consumidor

En caso de que ya no pueda autodirigir su cuidado, se le designará a un representante para que asuma las responsabilidades del programa de CDPAS antes mencionadas. Este representante no puede actuar como su asistente personal de los CDPAS.

Si lo desea, puede cancelar los CDPAS y recibir servicios de cuidado personal de un proveedor de la red de Wellpoint. También se puede cancelar su inscripción en el programa de CDPAS de manera involuntaria si:

- La participación continua en el programa de CDPAS no permitiría que se satisfagan sus necesidades de salud, seguridad o bienestar.
- Demuestra que no es capaz de llevar a cabo las tareas requeridas para los CDPAS.
- Existe evidencia de uso fraudulento de fondos de Medicaid en relación con su participación en el programa de CDPAS, como una indicación de que los documentos del programa de CDPAS han sido falsificados.

Wellpoint revisará su elegibilidad continua para los CDPAS durante su proceso de reevaluación semestral y actualización del plan de salud. Esto implica la evaluación de si usted (o su representante designado) ha cumplido satisfactoriamente con las responsabilidades del consumidor en virtud del programa de CDPAS. Si Wellpoint determina que ya no es elegible para los CDPAS, Wellpoint le enviará a usted (o a su representante designado) un aviso oportuno y adecuado de nuestra intención de interrumpir su participación.

Cualquier restricción, reducción, suspensión o terminación de los CDPAS autorizados o la denegación de cualquier solicitud para cambiar el estado de participación en el programa de CDPAS se considera una determinación adversa por parte de Wellpoint. Esto significa que puede solicitar una audiencia imparcial o una apelación externa tras la determinación final adversa.

Directivas anticipadas

Tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre su cuidado médico. Si esto se vuelve imposible debido a un accidente o enfermedad, aún puede ejercer sus decisiones siempre y cuando prepare directivas anticipadas. Las directivas anticipadas son documentos legales que garantizan el cumplimiento de sus solicitudes en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.

Existen varios tipos de directivas anticipadas:

Poder para cuidado médico

La ejecución de este documento designa a una persona de confianza (un “apoderado”) para que tome decisiones sobre cuidado médico en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo.

Orden de no resucitar

Tiene derecho a decidir si quiere recibir tratamiento de emergencia, como reanimación cardiopulmonar (RCP), en caso de que su respiración o su corazón se detengan. Si no desea recibir dicho tratamiento, puede comunicar su voluntad por escrito mediante un formulario de Orden de no resucitar (DNR). Su médico de atención primaria agregará una DNR a su

historia clínica si usted lo solicita. También puede obtener una copia del formulario de DNR para llevarlo consigo y/o un brazalete de DNR que ayudará a garantizar que los proveedores de cuidados médicos de emergencia conozcan su voluntad.

Testamento vital

Un testamento vital le permite proporcionar instrucciones específicas por escrito sobre su voluntad respecto de las decisiones de cuidado médico en caso de que quede incapacitado.

Usted tiene derecho a preparar directivas anticipadas como lo desee y a determinar cuáles son las mejores para usted. Usted puede ejecutar cualquiera, todas o ninguna de las directivas anticipadas mencionadas anteriormente.

Para obtener más información sobre las directivas anticipadas, hable con su administrador de cuidados médicos o su médico de atención primaria. No es necesario consultar a un abogado para ejecutar una directiva anticipada, pero es posible que quiera hacerlo teniendo en cuenta la importancia de estos documentos. Puede revisar o cancelar las directivas anticipadas en cualquier momento si cambia de opinión. Si ya tiene una directiva anticipada, dele una copia a su administrador de cuidados médicos.

Fraude y abuso

Wellpoint se compromete a prevenir y detectar cualquier actividad de fraude o abuso por parte de miembros, proveedores, personal o terceros. Wellpoint ha adoptado una política de “tolerancia cero” respecto del fraude y el abuso.

Si sabe o sospecha que alguien está haciendo un uso indebido del programa Medicare o Medicaid mediante fraude, abuso o sobrepago, puede denunciarlo de las siguientes maneras:

1. Llame a la línea directa gratuita y anónima de cumplimiento de Wellpoint al 833-480-0010.
2. Envíe un correo electrónico a MLTCComplianceOfficer@Wellpoint.com

3. Escriba directamente al Departamento de Cumplimiento a:

Wellpoint of NY, LLC.
Attention: Compliance Department
1985 Marcus Ave. - Suite 150
Lake Success, NY 11042

Los fraudes o conductas indebidas relacionadas con el programa Medicare se denunciarán a la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS-OIG). En caso de sospecha de fraude o conducta indebida relacionados con el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare, Wellpoint presentará un informe al Contratista de Integridad de Medicamentos de Medicare (MEDIC). Los posibles casos de fraude, desperdicio y abuso relacionados con Medicaid y otros programas financiados por el estado de New York se informarán al Departamento de Salud del estado de New York (NYSDOH) y a la Oficina del Inspector General de Medicaid (OMIG).

Todas las denuncias presentadas por usted u otra persona en su nombre se tratarán de manera confidencial.

Información de la compañía Wellpoint que usted puede solicitar

La siguiente información está disponible si lo solicita:

- Información sobre la estructura y las operaciones de Wellpoint
- Criterios específicos de revisión clínica relacionados con una condición médica particular y otra información que Wellpoint tiene en cuenta al autorizar servicios
- Procedimientos para proteger la confidencialidad de los registros médicos y otra información de los inscritos
- Una descripción escrita de los acuerdos organizativos y procedimientos vigentes del programa de mejora y garantía de calidad
- Políticas de acreditación de proveedores
- Una copia reciente del estado financiero certificado de Wellpoint

- Políticas y procedimientos utilizados por Wellpoint para determinar la elegibilidad de un proveedor

Si le interesa obtener uno o más de los documentos anteriores, comuníquese con Servicios para Miembros al **877-388-5193 (TTY 711)**.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Wellpoint of NY (Wellpoint) cumple con las leyes federales de derechos civiles. **Wellpoint** no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (según se define en el Título 45 § 92.101[a][2] del Código de Regulaciones Federales [CFR]).

Wellpoint proporciona lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarlas a comunicarse con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios gratuitos de ayuda con el idioma a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a **Wellpoint** al 877-388-5193. Para servicios TTY/TDD, llame al 711.

Si considera que **Wellpoint** no le prestó estos servicios o lo trató de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo al Gerente de Reclamos y Apelaciones de Wellpoint por los siguientes medios:

- Correo postal: 1985 Marcus Ave. – Suite 150, Lake Success, NY 11042
- Teléfono: 877-388-5192 (para servicios TTY/TDD, llame al 711)
- Fax: 866-908-0186
- En persona: 1985 Marcus Ave. – Suite 150, Lake Success, NY 11042
- Correo electrónico: MLTCgrievanceandappeals@wellpoint.com

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por los siguientes medios:

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

Este aviso se encuentra disponible en el sitio web de Wellpoint:

wellpoint.com/nymItc.

1082957NYMSPWLP 05/25

Competencia lingüística y cultural

Wellpoint respeta sus creencias y se adapta a la diversidad cultural. Respetamos su cultura y su identidad cultural y trabajamos para eliminar las desigualdades culturales. Mantenemos una red de proveedores inclusiva y culturalmente competente, y promovemos y aseguramos la prestación de servicios de una manera culturalmente apropiada para todos los miembros. Esto incluye, entre otros, a aquellos con conocimiento limitado del idioma inglés, diversos orígenes étnicos y culturales, y diversas comunidades religiosas.

Las estrategias clave para garantizar la prestación de servicios de una manera cultural y lingüísticamente competente para todos los miembros incluyen:

- Integrar la comprensión cultural y lingüística en las políticas de la organización
- Asegurarse de que el personal de Wellpoint y nuestra red de proveedores estén preparados para satisfacer las diversas necesidades de nuestros miembros
- Proporcionar capacitación y educación sobre la prestación de servicios cultural y lingüísticamente apropiados a nuestro personal y a nuestros socios de salud
- Desarrollar materiales educativos y de marketing cultural y lingüísticamente apropiados para satisfacer los niveles de alfabetización y el idioma de nuestros miembros
- Colaborar con socios comunitarios para abordar las disparidades de salud en toda nuestra área de servicio

Nuestro compromiso con la competencia cultural se alinea con nuestra misión de marcar la diferencia en la vida de las personas a las que les brindamos servicios y está arraigado en todo lo que hacemos. Este compromiso mantiene el foco en nuestros miembros y guía nuestros esfuerzos para garantizar que todos los miembros, independientemente de su país de origen, idioma, raza, origen étnico, antecedentes culturales, discapacidades físicas, capacidades diversas, orientación sexual,

identidad o expresión de género, sean tratados de una manera respetuosa y adecuada a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Para ayudar en la integración de los conocimientos, las actitudes y las habilidades que reflejan una organización culturalmente competente, Wellpoint mantiene un Plan de Competencia Lingüística y Cultural (CLCP), que refleja un enfoque integral, organizado y metódico para la planificación estratégica, el desarrollo, la implementación y la evaluación de la competencia cultural, y sirve como guía en el desarrollo continuo de un sistema de prestación de servicios culturalmente competente.

Para ayudar en la integración de los conocimientos, las actitudes y las habilidades que reflejan una organización culturalmente competente, Wellpoint mantiene un Plan de Competencia Lingüística y Cultural (CLCP), que refleja un enfoque integral, organizado y metódico para la planificación estratégica, el desarrollo, la implementación y la evaluación de la competencia cultural, y sirve como guía en el desarrollo continuo de un sistema de prestación de servicios culturalmente competente.

El programa utiliza los estándares nacionales de Servicios Cultural y Lingüísticamente Apropriados (CLAS) desarrollados por la Oficina de Salud de las Minorías del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos como guía y base de los estándares. Wellpoint ha adoptado los 14 estándares nacionales para servicios cultural y lingüísticamente apropiados en el cuidado médico para garantizar que todos los miembros que ingresan al sistema de salud reciban una atención equitativa, de calidad y eficaz.

Servicio multilingüe de intérprete

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 877-388-5193 (TTY 711).	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 877-388-5193 (TTY 711).	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 877-388-5193 (TTY 711)。	Chinese
ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم 877-388-5193 (TTY 711).	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. 877-388-5193 (TTY 711) 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 877-388-5193 (TTY 711).	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 877-388-5193 (TTY 711).	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 877-388-5193 (TTY 711).	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 877-388-5193 (TTY 711).	French Creole
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. 877-388-5193 (TTY 711) רופט.	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 877-388-5193 (TTY 711).	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 877-388-5193 (TTY 711).	Tagalog
মনোযোগ নামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। 877-388-5193 (TTY 711)-এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 877-388-5193 (TTY 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 877-388-5193 (TTY 711).	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں 877-388-5193 (TTY 711)	Urdu

Aviso de Prácticas de Privacidad

EN ESTE AVISO SE DESCRIBEN LAS MANERAS EN QUE SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON SUS BENEFICIOS DE SALUD. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

La fecha de entrada en vigencia original de este aviso fue el 14 de abril de 2003. La fecha de la revisión más reciente se indica al final de este aviso.

Lea este aviso atentamente. Le indica quién puede ver su información de salud protegida (PHI), Cuándo debemos pedir su autorización antes de compartirla Y cuándo podemos compartirla sin su autorización. Le indica, además, los derechos que tiene de ver y modificar su información.

La información sobre su salud y su dinero es privada. La ley dice que debemos mantener este tipo de información, llamada información personal de salud (PHI), protegida para nuestros miembros. Eso significa que, si usted es miembro en este momento o si lo fue anteriormente, su información está segura.

Una vez que es elegible y se inscribe en nuestro plan médico, obtenemos información sobre usted de agencias estatales para Medicaid, de Essential Plan y del Programa de Seguro de Salud para Niños. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales, a fin de que podamos aprobar y pagar por su cuidado médico.

La legislación federal indica que debemos informarle sobre lo que la ley nos obliga a hacer para proteger la PHI que se nos proporciona en forma oral o por escrito, o que se almacena en una computadora. También tenemos que indicarle qué medidas tomamos para mantener segura esta información. Para proteger la PHI, hacemos lo siguiente:

- Si está en papel (formato físico):
 - Guardamos los archivos bajo llave y cerramos nuestras oficinas.
 - Destruimos los papeles que contienen información de salud para que no lleguen a manos de otras personas.

- Si está guardada en una computadora (formato digital):
 - Usamos contraseñas para que solo las personas correctas tengan acceso.
 - Usamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas.
- Cuando la usan o la comparten el personal que trabaja para nosotros, los médicos o el estado:
 - Establecemos normas para mantener la información segura (políticas y procedimientos).
 - Le enseñamos al personal que trabaja para nosotros a seguir las normas.

¿Cuándo es correcto que usemos y compartamos su PHI?

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted elija, que lo ayude con su cuidado médico o lo pague, si usted nos autoriza. En ocasiones, podemos usarla y compartirla sin su autorización:

- **Para su cuidado médico**
 - Para ayudar a que los médicos, hospitales y otros proveedores le proporcionen el cuidado que necesita
- **Para pagos, tratamientos y operaciones médicas**
 - Para compartir información con los médicos, las clínicas y otros proveedores que nos facturarán su cuidado
 - Cuando decimos que pagaremos el cuidado médico o los servicios antes de que los reciba
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas, además de proporcionar su PHI en intercambios de información de la salud para pagos, tratamientos y operaciones médicas. Si no desea esto, visite wellpoint.com/nymtnc para obtener más información.
- **Por razones comerciales de cuidado de salud**
 - Para colaborar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y trabajo diario
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Por motivos de salud pública**
 - Para ayudar a que los funcionarios de salud pública eviten que las personas se enfermen o se lesionen

- **Cuando la compartimos con otras personas que lo ayudan con su cuidado o lo pagan**
 - Con su familia o una persona que usted elija, que lo ayuda con su cuidado médico o lo paga, si usted nos autoriza
 - Con una persona que lo ayuda con su cuidado médico o lo paga, si usted no puede expresarse por sus propios medios y si es lo mejor para usted

Debemos obtener su autorización por escrito antes de usar o compartir su PHI por cualquier motivo que no sea su cuidado, pagos, actividades administrativas diarias, investigación u otros aspectos que se indican a continuación. Tenemos que recibir su autorización por escrito antes de compartir los informes de psicoterapia sobre usted proporcionados por su médico.

Usted tiene derecho a revocar, por escrito, la autorización escrita que había proporcionado. No podemos revertir el uso ni la divulgación que hayamos hecho mientras teníamos su autorización. Pero dejaremos de usar o compartir su PHI en el futuro.

Otras formas en las que podemos usar su PHI o situaciones en las que la ley nos obliga a hacerlo:

- Para ayudar a que la policía y otras personas garanticen el cumplimiento de la ley
- Para denunciar maltrato y negligencia
- Para colaborar con los tribunales cuando así se nos solicite
- Para responder documentos legales
- Para dar información a las agencias de supervisión de la salud por temas como auditorías o exámenes
- Para ayudar a médicos forenses, examinadores médicos o directores funerarios a determinar su nombre y la causa de muerte
- Para ayudar cuando usted haya pedido donar partes de su cuerpo a la ciencia para investigación
- Para impedir que usted u otras personas se enfermen o se lesionen gravemente
- Para ayudar a personas que desempeñan determinadas funciones en el gobierno

- Para entregar información pertinente a la compensación para trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

¿Cuáles son sus derechos?

- Puede pedir consultar su PHI y obtener una copia de dicha información. No obstante, no tenemos su historia clínica completa. **Si quiere una copia de su historia clínica completa, pídasela a su médico o clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos la historia clínica que tenemos si piensa que algo es incorrecto o que falta información.
- En algunas ocasiones, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Pero no necesariamente aceptaremos su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a una dirección diferente de la que tenemos registrada para usted, o por algún otro medio. Podemos hacerlo si enviarla a la dirección que tenemos implicaría un peligro para usted.
- Puede pedirnos que le informemos sobre todas las veces que hemos compartido su PHI con otra persona durante los últimos seis años. No se incluirán en la lista las veces que hayamos compartido la información por motivos de cuidado médico, pagos, transacciones diarias de administración del cuidado médico o algunos otros motivos que no hayamos incluido aquí.
- Puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si pidió esta copia por correo electrónico.
- Si paga la totalidad de lo facturado por un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta con nosotros ninguna información sobre ese servicio.

¿Qué tenemos que hacer?

- La ley establece que debemos mantener la privacidad de su PHI, excepto según lo que hemos indicado en este aviso.
- Debemos comunicarle lo que la ley dice que tenemos que hacer acerca de la privacidad.
- Debemos hacer lo que decimos que haremos en este aviso.

- Debemos enviar su PHI a otra dirección o por algún otro medio que no sea el correo normal si lo pide por motivos razonables, por ejemplo, si usted está en peligro.
- Debemos comunicarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos haya pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes estatales establecen mayores responsabilidades para nosotros que las que mencionamos aquí, cumpliremos dichas leyes.
- Tenemos que avisarle si creemos que se ha vulnerado su PHI.

Cómo nos comunicamos con usted

Nosotros, junto con nuestros afiliados y/o proveedores, podemos llamar o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática y/o un sistema de voz artificial. Lo hacemos únicamente siguiendo los lineamientos de la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas pueden tener distintos objetivos, como informarle sobre opciones de tratamiento o sobre otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no quiere que nos comuniquemos con usted por teléfono, infórmeselo a la persona que llame, y no volveremos a usar este medio de comunicación. También puede llamar al 844-203-3796 para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “no llamar”.

¿Qué debe hacer si tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre nuestras normas de privacidad o quiere ejercer sus derechos, llame a Servicios para Miembros al **877-388-5193 (TTY 711)**.

¿Qué debe hacer si tiene una queja?

Estamos aquí para ayudar. Si considera que no se ha protegido su PHI, llame a Servicios para Miembros o comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No le pasará nada malo si presenta una queja.

Escriba o llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Jacob Javits Federal Building
26 Federal Plaza, Ste. 3312
New York, NY 10278
Teléfono: 800-368-1019
TDD: 800-537-7697
Fax: 212-264-3039

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y la manera en que mantenemos segura su PHI. Si eso ocurre, le comunicaremos los cambios en un boletín informativo. También los publicaremos en el sitio web wellpoint.com/nymltc.

Raza, origen étnico e idioma

Recibimos información sobre su raza, origen étnico e idioma de la agencia estatal de Medicaid, de Essential Plan y del Programa de Seguro de Salud para Niños. Protegemos esta información como se explica en este aviso.

La usamos para lo siguiente:

- Asegurarnos de que usted reciba el cuidado que necesita.
- Crear programas que mejoren la salud.
- Desarrollar y enviar información de educación sobre salud.
- Informar a los médicos acerca de sus necesidades relacionadas con el idioma.
- Proporcionar servicios de traducción.

No usamos esta información para lo siguiente:

- Emitir seguros médicos.
- Decidir cuánto cobrar por los servicios.
- Determinar los beneficios.
- Divulgarla a usuarios no aprobados.

Su información personal

Podemos pedir, usar y compartir la información personal (PI) como indicamos en este aviso. Su PI no es pública y nos indica quién es usted. Con frecuencia se pide por razones relacionadas con el seguro.

- Podemos utilizar su PI para tomar decisiones sobre:
 - Su salud
 - Sus hábitos
 - Sus pasatiempos
- Es posible que obtengamos la PI sobre usted de otras personas o grupos, como por ejemplo:
 - Médicos
 - Hospitales
 - Otras compañías de seguro
- En algunos casos, podemos divulgar la PI a personas o grupos ajenos a nuestra compañía sin su autorización.
- Le informaremos antes de hacer algo si tenemos que darle la oportunidad de decir que no.

- Le diremos cómo avisarnos si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene el derecho de ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de proteger su PI.

wellpoint.com/nymltc

Servicios prestados por Wellpoint of NY, LLC.

Revisado en 2025

INFORMACIÓN DE CONTACTO IMPORTANTE

En caso de emergencia médica, llame al 911.

Plan de MLTC de Wellpoint

Servicio de TTY/TDD	711
Servicios para Miembros	877-388-5193
Apelaciones y reclamos	877-388-5192

VSP (servicios de la visión)

Servicios para Miembros de VSP Vision	800-877-7195
Línea TTY de Servicios para Miembros de VSP Vision	711

DentaQuest (servicios dentales)

Servicios para Miembros del plan dental de DentaQuest	844-824-2023
Línea TTY de Servicios para Miembros del plan dental de DentaQuest	711

Servicios de transporte

Medical Answering Services (MAS)	866-932-7740
----------------------------------	--------------

Otros recursos

Línea directa de quejas sobre atención administrada a largo plazo del estado de New York	866-712-7197
Sección de Audiencias Imparciales del estado de New York, Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidad del estado de New York (NYS OTDA)	800-342-3334
Apelaciones Externas Estatales del Departamento de Servicios Financieros	800-400-8882

877-388-5193 (TTY 711)





Servicios para Miembros • 877-388-5193 (TTY 711)
[wellpoint.com/nymtnc](https://www.wellpoint.com/nymtnc)