

Medicaid Advantage Plus Manual para Asegurados 2020



RiverSpring MAP (HMO D-SNP)

Para obtener más información llámenos al:
1-800-362-2266 (TTY 711)
www.RiverSpringMAP.org

Bienvenido a RiverSpring MAP, un programa Medicaid Advantage Plus

Bienvenido a RiverSpring MAP (HMO D-SNP), un programa Medicaid Advantage Plus. El programa Medicaid Advantage Plus RiverSpring MAP está especialmente diseñado para personas que tienen Medicare y Medicaid y que necesitan servicios de atención médica y a largo plazo, como atención domiciliaria y atención personal para permanecer en sus hogares y comunidades el mayor tiempo posible.

Este manual le informa sobre los beneficios adicionales que RiverSpring MAP cubre desde que se inscribe en el programa RiverSpring MAP. Además le informa cómo solicitar un servicio, presentar una queja o cancelar su inscripción en el programa RiverSpring MAP. Los beneficios que se describen en este manual se suman a los beneficios de Medicare que se describen en la Evidencia de Cobertura de Medicare para RiverSpring MAP (HMO D-SNP). Conserve este manual junto con la Evidencia de Cobertura de Medicare para RiverSpring MAP (HMO D-SNP). Necesitará ambos para saber qué servicios están cubiertos, y cómo obtener servicios.

AYUDA DE SERVICIO AL CLIENTE

Puede llamarnos en cualquier momento al número de Servicio al Cliente que se indica a continuación.

Tiene a alguien que puede ayudarlo en Servicio al Cliente:
de lunes a domingo

de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este

Llame al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)

Un enfermero de turno está disponible si necesita comunicarse con nosotros después del horario de atención.

Si tiene necesidades especiales de audición o visión, con gusto le prestaremos asistencia y lo ayudaremos a encontrar los servicios que cumplan con sus necesidades. RiverSpring MAP además proporciona información en otros idiomas y tiene a su disposición servicios de intérprete de idiomas gratuitos para personas que no hablan inglés.

ELEGIBILIDAD PARA LA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA RIVERSPRING MAP

RiverSpring MAP es un programa para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. Usted es elegible para afiliarse al programa RiverSpring MAP si también está inscrito en el programa RiverSpring MAP (HMO D-SNP) para la cobertura de Medicare y:

- 1) tiene **18** años de edad o más;
- 2) vive en el área de servicio del plan: los condados de Bronx, Kings, Nueva York, Richmond, Queens, Nassau y Westchester;
- 3) tiene una enfermedad o discapacidad crónica que lo hace elegible para recibir servicios que por lo general se prestan en un hogar de atención médica especializada;
- 4) es elegible para el nivel de atención de un hogar de atención médica especializada, al momento de su inscripción, mediante el uso del sistema de evaluación uniforme (Uniform Assessment System, UAS) u otras herramientas designadas por el

- Departamento de Salud del Estado de Nueva York;
- 5) es capaz de regresar a su hogar o comunidad o de permanecer allí sin poner en peligro su salud y seguridad, al momento de afiliarse al plan, y
 - 6) se anticipa que necesitará uno o más de los siguientes servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad durante más de 120 días contados a partir de la fecha en la que se afilie a nuestro plan:
 - a. Servicios de enfermería en el hogar
 - b. Terapias en el hogar
 - c. Servicios de asistencia médica en el hogar
 - d. Servicios de atención personal en el hogar
 - e. Atención médica diurna para adultos
 - f. Enfermería privada
 - g. Servicios de asistencia personal dirigidos al consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS).

Un solicitante que es un paciente hospitalizado o un paciente que está internado o reside en un centro habilitado por la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH) del estado, la Oficina de Servicios por Abuso de Alcohol y Sustancias (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) o la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office For People With Developmental Disability, OPWDD) del estado, o que está inscrito en otro plan de atención administrada capitado por Medicaid, un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad o un programa de tratamiento diurno de la OPWDD, o que está recibiendo servicios de un centro para pacientes con enfermedades terminales se puede inscribir con el contratista una vez que reciba el alta hospitalaria o le den de baja en el hospital o centro habilitado por la OMH, la OASAS o la OPWDD, otro plan de atención administrada, el centro para pacientes con enfermedades terminales, el programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, el programa de administración de casos de Medicaid integral (Comprehensive Medicaid Case Management, CMCM) o el programa de tratamiento diurno de la OPWDD.

La cobertura que se explica en este manual entra en vigencia en la fecha de entrada en vigencia de su inscripción en el programa RiverSpring MAP. La inscripción en el programa RiverSpring MAP es voluntaria.

Inscripción

RiverSpring MAP aceptará y procesará solicitudes en el orden en que se reciban, sin restricciones y sin discriminación por motivos de edad, sexo, raza, credo, discapacidad física o mental o discapacidad del desarrollo, nacionalidad, orientación sexual, estado de salud o costo de los servicios de salud.

RiverSpring MAP coordinará una reunión en su hogar o en un hogar de atención médica especializada para que un enfermero de nuestro Departamento de Admisión lleve a cabo una evaluación integral con el fin de determinar si usted es elegible, y cuáles son sus necesidades de atención médica para la elaboración de su plan de atención. El enfermero del Departamento de Admisión se comunicará con su médico para charlar sobre su interés en la inscripción, los servicios cubiertos y su plan de atención.

El Departamento de Salud del Estado de Nueva York, en cooperación con New York Medicaid Choice, ha establecido un centro de inscripción y evaluación libres de conflictos (Conflict Free Evaluation and Enrollment Center, CFEEC) con un sistema para completar una evaluación con el objeto de determinar si usted es elegible para recibir atención a largo plazo basada en la comunidad. Esta evaluación se debe completar e incorporar en los registros antes de la inscripción en nuestro plan. Recibirá una notificación del CFEEC en la que se indicará su elegibilidad: si se determina que es elegible, el evaluador del CFEEC lo pondrá en contacto con RiverSpring MAP para comenzar el proceso de inscripción; si se determina que no es elegible, tendrá derecho a una audiencia imparcial.

Para la inscripción, se le pedirá que firme documentos, que incluyen un acuerdo de inscripción, un formulario de exención de responsabilidad médica y un aviso de privacidad. Si cumple con los criterios establecidos y su cobertura de Medicaid se encuentra activa, su inscripción por lo general entrará en vigencia el 1.^{er} día del mes siguiente. Recibirá una tarjeta de identificación personal de RiverSpring MAP que cubrirá servicios de Medicare y Medicaid. Recuerde que tiene que conservar su tarjeta de Medicaid de siempre para obtener servicios que no están cubiertos por RiverSpring MAP.

Rechazo de la inscripción

Se rechazará su inscripción en RiverSpring MAP si:

- no cumple con los criterios de elegibilidad antes detallados;
- está inscrito en uno de los siguientes: otro plan de atención administrada capitado por Medicaid, un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, un centro para pacientes con enfermedades terminales, el programa de exención o el centro de la OPWDD del estado, y no desea cancelar su inscripción.

RiverSpring MAP les pagará directamente a los proveedores de la red íntegramente por cada servicio autorizado o que se le preste, sin copago ni costo para usted. Si recibe una factura por servicios cubiertos autorizados por RiverSpring MAP, no tiene la responsabilidad de pagar la factura; comuníquese con su administrador de atención. Es posible que sea responsable del pago de los servicios cubiertos que no fueron autorizados por RiverSpring MAP, o por los servicios cubiertos que se hayan recibido de proveedores fuera de la red de RiverSpring MAP.

Atención en la transición

Los nuevos afiliados pueden solicitar continuar un tratamiento en curso durante un período de transición de hasta 60 días contados a partir de la inscripción con un proveedor de atención médica que no forma parte de la red, si el proveedor cumple con el proceso de acreditación de proveedores del plan, acepta la tarifa del plan como pago íntegro, se obliga a respetar la política de aseguramiento de calidad y otras políticas del plan, y proporciona información médica sobre su atención al plan.

Si el proveedor de la red de RiverSpring MAP con quien se está atendiendo para un tratamiento en curso decide dejar de participar en el plan, le ofreceremos continuar la cobertura con el proveedor existente durante un período de transición de hasta 90 días si el proveedor acepta la tarifa del plan como pago íntegro, se obliga a respetar la política de aseguramiento de calidad y otras políticas del plan, y proporciona información médica sobre su atención al plan.

GASTO MENSUAL

El gasto o excedente es el monto de ingresos netos disponibles determinado por la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration, HRA) de la ciudad de Nueva York o por el Departamento de Servicios Sociales Local (Local Department of Social Services, LDSS) que un asegurado debe pagarle a RiverSpring MAP de conformidad con los requisitos de elegibilidad según los ingresos para Medicaid. La HRA o el LDSS les informarán a usted y a RiverSpring MAP el gasto mensual que usted debe pagar.

Se espera que usted le pague el monto de su gasto a RiverSpring el 1.er día de cada mes a partir del mes de inscripción. Si tiene problemas para cumplir con esta responsabilidad, es importante que hable acerca de la situación con su administrador de atención de enfermería.

RiverSpring MAP le notificará por escrito si no paga el monto de su gasto dentro de los 30 días posteriores a la fecha de pago, y tiene el derecho de cancelar su inscripción en el programa de forma involuntaria.

SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PLAN RIVERPSRING MAP

Deducibles y copagos sobre servicios cubiertos de Medicare

Muchos de los servicios que usted recibe, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, las visitas al médico, los servicios de emergencia y los análisis de laboratorio, están cubiertos por Medicare y se describen en la Evidencia de Cobertura de Medicare para RiverSpring MAP (HMO D-SNP). Las Secciones 2 y 3 de la Evidencia de Cobertura de Medicare para RiverSpring MAP (HMO D-SNP) explican las reglas para usar proveedores del plan y recibir atención en una emergencia médica o si se necesita atención de urgencia. Algunos servicios tienen deducibles y copagos. Estos montos se muestran en el Cuadro de beneficios de la Sección 4 de la Evidencia de Cobertura de Medicare para RiverSpring MAP (HMO D-SNP), en la columna “Lo que tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos”. Debido a que se ha afiliado a RiverSpring MAP, y tiene Medicaid, RiverSpring MAP pagará estos montos. No tiene que pagar estos deducibles y copagos, salvo por aquellos que correspondan a atención quiropráctica, a menos que usted sea un beneficiario de Medicare calificado (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), y por los artículos de farmacia. Si hay una prima mensual por los beneficios (consulte la Sección 8 de la Evidencia de Cobertura de Medicare para RiverSpring MAP [HMO D-SNP]), no tendrá que pagar esa prima dado que tiene Medicaid. También cubriremos muchos servicios que no están cubiertos por Medicare, pero que sí están cubiertos por Medicaid. Las secciones que siguen explican lo que está cubierto.

Servicios de administración de la atención

Como afiliado de nuestro plan, recibirá servicios de administración de la atención. Nuestro plan le proporcionará un administrador de atención que es un profesional de atención médica – por lo general, un enfermero o un trabajador social. Su administrador de atención trabajará junto con usted y su médico para decidir los servicios que necesita y elaborar un plan de atención. Su administrador de atención además coordinará las citas para los servicios que necesite, y coordinará el transporte para esos servicios. Recibirá al menos un contacto telefónico mensual de su equipo de administración de la atención. El enfermero a cargo de la evaluación, como miembro de su equipo de administración de la atención, hará visitas a domicilio al menos dos veces al año para completar una evaluación integral de su salud e identificar cualquier cambio o necesidad que tenga. Trabajaremos en colaboración con su médico sobre su plan de atención, así como con otros profesionales de atención médica, con el fin de asegurarnos de que reciba los servicios que necesita.

Otros servicios cubiertos

Debido a que usted tiene Medicaid y califica para el programa RiverSpring MAP, nuestro plan coordinará y pagará los servicios médicos y sociales adicionales que se describen a continuación. Podrá recibir estos servicios en tanto sean necesarios desde el punto de vista médico, es decir, en tanto y en cuanto sean necesarios para prevenir o tratar su enfermedad o discapacidad. Su administrador de atención ayudará a identificar los servicios y proveedores que necesita. En algunos casos, es posible que necesite una derivación o una orden de su médico para recibir estos servicios. Debe recibir estos servicios de proveedores que formen parte de la red de RiverSpring MAP.

Si no puede encontrar un proveedor en nuestro plan, debe solicitar autorización previa de RiverSpring MAP antes de recibir servicios de salud de un proveedor fuera de la red, salvo en el caso de atención médica de emergencia o atención de urgencia.

Los siguientes servicios requieren autorización previa de su administrador de atención de enfermería de RiverSpring MAP. Para solicitar autorización previa, usted o su médico deben llamar a RiverSpring MAP al 1-800-362-2266; los usuarios de TTY deben llamar al 711.

| Beneficio | Descripción de los servicios cubiertos |
|---|--|
| Atención médica diurna para adultos | Incluye servicios médicos, de enfermería, de alimentación y nutrición, sociales, terapia de rehabilitación, actividades recreativas, servicios dentales, servicios farmacéuticos y otros servicios complementarios. Servicios proporcionados en un SNF o un centro de extensión aprobado. |
| Administración de la atención (coordinación de servicios) | La administración de la atención es una intervención diseñada a nivel individual que ayuda al afiliado a acceder a los servicios necesarios, y está destinada a garantizar la salud y el bienestar del asegurado y aumentar su independencia y calidad de vida. |
| Community First Choice Option (CFCO) (con vigencia a partir del 01/01/2020, previa notificación oficial del Departamento de Salud del estado de Nueva York) | <p><u>Tecnología de asistencia:</u> Artículos, equipos, sistemas o instrumentos de tecnología que aumentan la independencia del asegurado o sustituyen la asistencia humana autorizada, como por ejemplo, los servicios de atención personal.</p> <p><u>Adquisición, mantenimiento y mejora de habilidades:</u> Servicios destinados a maximizar la independencia de un asegurado y/o fomentar la integración en la comunidad atendiendo las habilidades del asegurado para realizar actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL) y actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activity of Daily Living, IADL). Pueden incluir evaluación, capacitación, señalización o asistencia práctica con las tareas.</p> <p><u>Servicios de transición comunitarios:</u> Incluyen tareas relacionadas con el establecimiento de un hogar para un asegurado que hace la transición de un entorno institucional a un entorno comunitario.</p> <p><u>Asistencia para mudanza:</u> Incluye la mudanza de pertenencias a la residencia comunitaria del asegurado.</p> <p><u>Modificación del ambiente:</u> Incluye adaptaciones internas y externas en la residencia de un asegurado que van más allá de lo que está cubierto por el apoyo ambiental y social.</p> <p><u>Modificación de vehículos:</u> Incluye modificaciones en el vehículo que es el principal medio de transporte del asegurado, y que son necesarias para aumentar la independencia e inclusión del asegurado en la comunidad.</p> |

| Beneficio | Descripción de los servicios cubiertos |
|---|--|
| Servicios de asistencia personal dirigidos al consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS) | Incluyen asistencia total o parcial con higiene personal, vestimenta y alimentos, asistencia en la preparación de comidas y limpieza del hogar, como así también asistencia médica en el hogar y tareas de enfermería. Un asegurado o una persona que actúa en su nombre (que se conoce como representante designado) autodirigen y gestionan la atención personal del asegurado y otros servicios autorizados. Los servicios son prestados por un asistente elegido y dirigido por el asegurado o un representante designado. |
| Servicios odontológicos | Incluyen servicios preventivos cubiertos por Medicaid, atención profiláctica y otra atención dental, como exámenes de rutina, limpiezas, radiografías, empastes y otros servicios para revisar en busca de cambios o anomalías que requieren tratamiento. No necesita una derivación de su PCP para atenderse con un dentista. |
| Equipo médico duradero no cubierto por Medicare | Incluye dispositivos y equipos, con excepción de suministros médicos/quirúrgicos, fórmula de nutrición enteral/parenteral, prótesis u órtesis con las siguientes características: pueden resistir el uso reiterado durante un período de tiempo extendido; se utilizan con fines médicos; por lo general, no son útiles en la ausencia de una enfermedad o lesión y, por lo general, están ajustados, diseñados o fabricados para el uso particular de un individuo. |
| Servicios de audición | Incluyen productos y servicios de audición médicamente necesarios para atenuar la discapacidad causada por la pérdida o disminución de la audición. |
| Servicios de atención médica a domicilio no cubiertos por Medicare | Incluyen la prestación de servicios especializados no cubiertos por Medicare (p. ej., un fisioterapeuta para supervisar un programa de mantenimiento para pacientes que han alcanzado su potencial de restauración máximo o un enfermero para jeringas precargadas para personas con diabetes que tienen una discapacidad) y/o servicios de asistencia médica a domicilio, conforme se requiera según un plan de atención aprobado. |
| Comidas a domicilio y en instituciones | Incluyen comidas a domicilio y en instituciones para asegurados que no pueden preparar u obtener comidas adecuadas a nivel nutricional. |
| Atención de salud mental como paciente hospitalizado | Incluye internaciones voluntarias o involuntarias para servicios de salud mental como paciente hospitalizado que superan el límite de por vida de Medicare de 190 días. |

| Beneficio | Descripción de los servicios cubiertos |
|---|--|
| Suministros médicos y quirúrgicos, fórmula de nutrición parenteral, suplementos nutricionales y pilas para audífonos | <p>Por lo general, se trata de artículos de un solo uso que, como rutina, se pagan bajo la categoría de equipo médico duradero de Medicaid con tarifa por servicio.</p> <p>La cobertura de la fórmula de nutrición enteral y de los suplementos nutricionales se limita a la alimentación por sonda nasogástrica, de yeyunostomía o gastrostomía, para personas que no pueden obtener nutrición a través de otros medios.</p> |
| Servicios médicos sociales | <p>Incluyen evaluación, coordinación, asistencia y orientación para mantener a los asegurados en su hogar.</p> |
| Atención en hogares de atención médica especializada no cubierta por Medicare | <p>Incluye días en un centro de enfermería especializada habilitado en exceso de los primeros 100 días incluidos en el período de beneficios de Medicare Advantage.</p> |
| Nutrición | <p>Incluye la evaluación de las necesidades nutricionales y los patrones alimentarios, el desarrollo y la evaluación de planes de tratamiento, educación y asesoramiento nutricional.</p> |
| Rehabilitación para pacientes ambulatorios | <p>Terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla con cobertura de Medicaid – consulte Limitaciones a continuación.</p> |
| Prótesis | <p>Prótesis, órtesis y calzado ortopédico con cobertura de Medicaid.</p> |
| Atención personal | <p>Incluye asistencia médicamente necesaria con actividades tales como higiene personal, vestimenta y alimentación, y tareas de función de apoyo nutricional y ambiental (preparación de comidas y tareas del hogar). Los servicios de atención personal los debe ordenar el médico del asegurado y los debe prestar una persona capacitada de conformidad con el plan de atención del asegurado.</p> |
| Servicios de respuesta ante emergencias personales | <p>Un dispositivo electrónico que permite que ciertos asegurados de alto riesgo pidan ayuda durante una emergencia.</p> |
| Enfermería privada | <p>A cargo de una persona con una licencia y un registro actual del Departamento de Educación del estado de Nueva York para ejercer como enfermero profesional registrado o enfermero practicante con licencia.</p> <p>Incluye servicios de enfermería especializada médicamente necesarios, continuos o intermitentes, prestados en el hogar del asegurado de conformidad con el plan de tratamiento escrito del médico que los ordena.</p> |

| Beneficio | Descripción de los servicios cubiertos |
|--------------------------------------|---|
| Apoyos ambientales y sociales | Incluyen servicios y artículos para apoyar las necesidades médicas de un asegurado, e incluidos en el plan de atención del asegurado. Puede incluir tareas de mantenimiento del hogar, servicios de tareas domésticas, mejoras del hogar y atención de relevo. |
| Atención social diurna | Programa estructurado e integral que ofrece a los individuos con discapacidad funcional socialización; supervisión y monitoreo, atención personal, y nutrición en un contexto de protección. |
| Transporte (no de emergencia) | Para acceder a los servicios médicos necesarios cubiertos por el plan o por Medicaid con tarifa por servicio. Incluye transporte público, taxi, transporte o vehículos para personas con discapacidades, ambulancia (cuando se cumplen los criterios clínicos) u otros medios apropiados para su afección médica, y un asistente de transporte para acompañar al asegurado, si fuese necesario. |
| Servicios para la vista | Incluyen anteojos, lentes de contactos y lentes de policarbonato médicamente necesarios, ojos artificiales, servicios y accesorios para corregir problemas de la vista. El examen de refracción se limita a uno cada dos (2) años, a menos que se justifiquen como médicamente necesarios. Los anteojos se limitan a uno cada dos (2) años, salvo en caso de extravío, daño o destrucción. |

Limitaciones

- La fisioterapia para pacientes ambulatorios se limita a 40 visitas de Medicaid por año, la terapia ocupacional y la terapia del habla se limitan a 20 visitas de Medicaid por terapia por año, salvo para niños menores de 21 años o si la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo determina que usted tiene una discapacidad del desarrollo o si tiene una lesión cerebral traumática.
- La fórmula de nutrición enteral y los suplementos nutricionales se limitan a personas que no pueden obtener nutrición a través de otros medios, y a las siguientes condiciones: 1) personas que reciben alimentación por sonda y que no pueden masticar o tragar los alimentos y deben obtener nutrición con fórmula a través de una sonda; y 2) personas con trastornos metabólicos congénitos poco frecuentes que requieren fórmulas médicas específicas para proporcionar los nutrientes esenciales no disponibles a través de otros medios. La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de los aminoácidos y los ácidos orgánicos incluirá alimentos sólidos modificados que son bajos en proteínas o que contienen proteínas modificadas.
- La atención en hogares de atención médica especializada está cubierta para personas que se considera que están en colocación permanente, siempre y cuando usted sea elegible para la cobertura de Medicaid institucional.

Cómo obtener atención fuera del área de servicio

Si tiene previsto ausentarse de su hogar o se encuentra fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor que forma parte de la red, nuestro plan cubrirá la atención de urgencia que reciba de cualquier proveedor. Notifique a Servicio al Cliente lo antes posible para que podamos ayudarlo a coordinar los servicios apropiados que pueda necesitar en el área que visitará. Puede usar su tarjeta de Medicare o Medicaid o cualquier otra tarjeta de seguro de salud para acceder a servicios no cubiertos en el área de servicio y fuera del área de servicio si el proveedor de atención médica acepta Medicare o Medicaid del estado de Nueva York. Nuestro plan no cubre la atención de urgencia ni ninguna otra atención si usted recibe la atención fuera de los Estados Unidos.

Servicios de emergencia

Una “emergencia médica” se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o problema de salud que empeora rápidamente. Los servicios de emergencia incluyen procedimientos, tratamientos o servicios de atención médica necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia, e incluyen estabilización psiquiátrica y desintoxicación médica de drogas o alcohol.

Si tiene una emergencia médica, haga lo siguiente:

- Busque ayuda con la mayor rapidez posible. Llame al 911 para pedir ayuda y diríjase a la sala de emergencias, al hospital o al centro de atención de urgencia más cercanos.
- Lo antes posible, usted o alguien en su nombre deben notificar a RiverSpring MAP y a su médico para que nosotros y/o su médico podamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia y ayudarlo a obtener los servicios que necesite después de que se estabilice su afección.

Pago por servicios de emergencia médica:

- Puede recibir servicios de emergencia por parte de cualquier proveedor, independientemente de que forme o no parte de nuestra red. Cuando usted recibe servicios de emergencia o urgencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, deberá pedirle al proveedor que le facture al plan.
- Si pagó por los servicios usted mismo al momento de recibir la atención, debe solicitarnos que le realicemos un reintegro. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- A veces, podría recibir una factura por parte de un proveedor en la que se solicita un pago que usted cree que no adeuda. Envíenos esta factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si usted ya pagó el servicio, le devolveremos el dinero.

SERVICIOS NO CUBIERTOS POR EL PLAN RIVERSPRING MAP

Hay algunos servicios de Medicaid que RiverSpring MAP no cubre. Usted puede obtener estos servicios a través de cualquier proveedor que acepte Medicaid mediante el uso de su tarjeta de beneficios de Medicaid. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-362-2266 si tiene alguna pregunta sobre si un beneficio está cubierto por RiverSpring MAP o Medicaid. Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid mediante el uso de su tarjeta de beneficios de Medicaid incluyen:

Farmacia

La mayoría de los medicamentos con receta están cubiertos por la Parte D de Medicare de RiverSpring MAP (HMO D-SNP), tal como se describe en la Sección 6 de la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) de Medicare para RiverSpring MAP (HMO D-SNP). El seguro regular de Medicaid cubrirá algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.

Ciertos servicios de salud mental, incluidos:

- Tratamiento de rehabilitación psiquiátrica intensiva
- Tratamiento diurno
- Gestión de casos para personas con enfermedades mentales graves y persistentes (con el patrocinio de las unidades de salud mental locales o estatales)
- Atención hospitalaria parcial no cubierta por Medicare
- Servicios de rehabilitación para personas en hogares comunitarios o en tratamiento familiar
- Tratamiento diurno continuo
- Tratamiento asertivo comunitario
- Servicios personalizados orientados a la recuperación

Ciertos servicios para la discapacidad del desarrollo y el retraso mental, incluidos:

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

Otros servicios de Medicaid

- Tratamiento con metadona
- Gestión integral de los casos de Medicaid
- Terapia de observación directa para la TB (tuberculosis)
- Gestión de casos relacionados con la ley COBRA para personas con VIH

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los asegurados pueden asistir a cualquier médico o clínica de Medicaid que provea atención para planificación familiar. Usted no necesita una derivación de su proveedor de atención primaria (PCP).

SERVICIOS NO CUBIERTOS POR EL PROGRAMA RIVERSPRING MAP

Usted debe pagar los servicios que no están cubiertos por RiverSpring MAP o por Medicaid si su proveedor le informa con antelación que estos servicios no están cubiertos, Y usted acepta pagar por ellos. Ejemplos de servicios no cubiertos por RiverSpring MAP o Medicaid son:

- Cirugía cosmética, si no es médicamente necesaria
- Artículos personales y de bienestar
- Tratamiento para la infertilidad
- Terapia de conversión o reparación
- Servicios de un proveedor que no forma parte del plan (a menos que RiverSpring MAP lo envíe a ese proveedor o le haya emitido una autorización previa por escrito para ese proveedor)

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al 1-800-362-2266.

Autorizaciones de servicios y acciones

Cuando RiverSpring MAP determine que los servicios están cubiertos solo por Medicaid, tomaremos las decisiones acerca de su atención siguiendo estas reglas:

Autorización previa:

Algunos servicios cubiertos requieren **autorización previa** (aprobación por adelantado) de RiverSpring MAP antes de que pueda recibirlos o para que pueda seguir recibéndolos. Usted o alguien en que confie pueden solicitarla. Los siguientes tratamientos y servicios deben ser aprobados antes de que los reciba:

- Atención médica diurna para adultos
- Servicios de Community First Choice Option
- Servicio de asistencia personal dirigido al consumidor.
- Servicios dentales que no son de rutina
- Equipo médico duradero
- Audífonos
- Comidas a domicilio y en instituciones
- Atención médica a domicilio
- Servicios médicos sociales
- Atención de salud mental para pacientes hospitalizados cuando se supera el límite de Medicare y para pacientes ambulatorios
- Atención en hogares de atención médica especializada no cubierta por Medicare
- Servicios de nutrición
- Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios, que incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia respiratoria
- Servicios de cuidados personales
- Sistema de respuesta ante emergencias personales
- Servicios de enfermería privada
- Prótesis y órtesis
- Apoyos ambientales y sociales
- Atención social diurna
- Servicios por abuso de sustancias, para pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Atención oftalmológica
- Transporte

Cuando solicita aprobación para un tratamiento o servicio, eso se llama **solicitud de autorización de servicio**. Para obtener una solicitud de autorización de servicio, usted o su médico pueden llamar a su administrador de atención de enfermería o a Servicio al Cliente al 1-800-362-2266, o escribirnos a la siguiente dirección: RiverSpring MAP, 80 West 225th St., Bronx, NY 10463.

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

También necesitará obtener autorización previa si está recibiendo uno de estos servicios ahora, pero necesita más servicios de ese tipo durante un período de autorización. Esto incluye una solicitud para servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicaid tras una hospitalización. Esto se denomina **revisión concurrente**.

Qué sucede después de recibir su solicitud de autorización de servicio:

El plan de salud tiene un equipo de revisión para asegurarse de que reciba los servicios que prometimos. El equipo de revisión está integrado por médicos y enfermeros. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que solicitó sea médicamente necesario y adecuado para usted. Se aseguran de ello revisando su plan de tratamiento teniendo en cuenta los estándares médicos aceptables.

La decisión de denegar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por un monto inferior al solicitado se denomina **acción**. Estas decisiones las tomará un profesional de atención médica capacitado. Si decidimos que un servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión la tomará un revisor clínico experto, que puede ser un médico, un enfermero o un profesional de atención médica que, por lo general, presta la atención que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica**, que se utilizaron para tomar la decisión para las acciones relacionadas con la necesidad médica.

Después de que recibamos su solicitud, la revisaremos en un proceso **estándar o acelerado**. Usted o su médico pueden solicitar una revisión acelerada si se cree que una demora le ocasionará un daño grave a su salud. Si su solicitud para una revisión acelerada resulta rechazada, se lo informaremos y su solicitud se manejará siguiendo el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como lo requiera su afección médica, y no nos tomaremos más tiempo que el indicado a continuación.

Les informaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si su solicitud resulta aprobada o rechazada. También le informaremos el motivo de la decisión. Explicaremos qué opciones de apelación o audiencia imparcial tendrá si no está de acuerdo con nuestra decisión (consulte la sección Apelación de acciones).

Plazos para las solicitudes de autorización previa:

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión sobre su solicitud dentro de los 3 días hábiles a partir del momento en el que contemos con toda la información que necesitamos y, en todo caso, recibirá novedades de nosotros, a más tardar, a los 14 días de haber recibido su solicitud. Le informaremos dentro de estos ¹⁴ días si necesitamos más información.
- **Revisión acelerada:** Tomaremos una decisión y recibirá novedades de nosotros dentro de las 72 horas. Le informaremos dentro de las 72 horas si necesitamos más información.

Plazos para las solicitudes de revisión concurrente:

- Revisión estándar: Tomaremos una decisión dentro del plazo de 1 día hábil a partir del momento en el que contemos con toda la información que necesitamos y, en todo caso, recibirá novedades de nosotros, a más tardar, a los 14 días de haber recibido su solicitud.
- Revisión acelerada: Tomaremos una decisión dentro del plazo de 1 día hábil a partir del momento en el que contemos con toda la información que necesitamos y, en todo caso, recibirá novedades de nosotros, a más tardar, a las 72 horas de haber recibido su solicitud. Le informaremos dentro del plazo de 1 día hábil si necesitamos más información.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o una decisión acelerada sobre su solicitud de servicio, los plazos antes detallados se prorrogarán hasta 14 días. Haremos lo siguiente:

- Le escribiremos para decirle qué información necesitamos. Si su solicitud tramita como una revisión acelerada, lo llamaremos de inmediato y la enviaremos una carta de notificación por escrito.
- Le informaremos por qué la demora lo beneficia.
- Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria y, en todo caso, a los 14 días, a más tardar, de haber **finalizado** el plazo original.

Si no está contento con nuestra respuesta, tiene el derecho de presentar una apelación de la acción. Consulte la sección Apelación de acciones más adelante en este manual.

Usted, su proveedor o alguien en que confía también pueden pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto se puede deber a que usted tiene más información para suministrarle al plan con el fin de ayudarlo a decidir su caso. Puede hacerlo llamando al 1-800-362-2266 o escribiéndonos.

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

Otras decisiones sobre su atención:

A veces, haremos una revisión concurrente sobre la atención que está recibiendo para determinar si sigue necesitando la atención. Además podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya haya recibido. Esto se denomina **revisión retrospectiva**. Le informaremos si tomamos estas otras acciones.

Plazos para la notificación de otras acciones:

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o cancelar un servicio que ya hemos aprobado y que usted está recibiendo en la actualidad dentro de un

período de autorización, debemos informarle al menos 10 días antes de cambiar el servicio.

- Si revisamos cualquier atención que se ha prestado en el pasado, tomaremos una decisión sobre su pago dentro de los 30 días de haber recibido la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago de un servicio, les enviaremos una notificación a usted y a su proveedor el día en que se deniegue el pago. **Usted no tiene que pagar por la atención que haya recibido y que esté cubierta por el plan o por Medicaid aunque posteriormente deneguemos el pago al proveedor.**

QUÉ HACER SI TIENE UNA QUEJA SOBRE NUESTRO PLAN O DESEA APELAR UNA DECISIÓN SOBRE SU ATENCIÓN

Como asegurado de nuestro plan con doble elegibilidad, la forma en la que realice quejas y apelaciones sobre sus servicios dependerá de si RiverSpring MAP (HMO D-SNP) determina que los servicios están cubiertos por Medicare o Medicaid.

- En el caso de quejas y apelaciones sobre un servicio que está cubierto por Medicare (p. ej., servicios quiroprácticos) o Medicaid (p. ej., servicios de atención personal, enfermería privada, transporte que no es de emergencia, servicios dentales, etc.), seguirá las reglas que se describen en las Secciones 3, 4, 5, 6, 10 y 11 del Capítulo 9 de la Evidencia de Cobertura de RiverSpring MAP (HMO D-SNP).
- En el caso de quejas y apelaciones sobre un servicio que está cubierto solo por la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, seguirá las reglas que se describen en la Sección 7 del Capítulo 9 de la Evidencia de Cobertura de RiverSpring MAP (HMO D-SNP).

RiverSpring MAP (HMO D-SNP) explicará los procesos de quejas y apelaciones disponibles para usted según la queja que tenga. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-362-2266 para obtener más información sobre sus derechos y las opciones que tiene disponibles.

CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA RIVERSPRING MAP (HMO D-SNP)

RiverSpring MAP (HMO D-SNP) no cancelará su inscripción por motivos de edad, sexo, raza, credo, discapacidad física o mental o discapacidad del desarrollo, nacionalidad, orientación sexual, estado de salud o costo de los servicios médicos.

Usted puede decidir cancelar su inscripción:

Puede solicitar abandonar el programa RiverSpring MAP en cualquier momento y por cualquier motivo.

Para solicitar la cancelación de la inscripción, puede comenzar el proceso en cualquier momento escribiéndonos o llamándonos. Deberá consultar su intención con su NCM. Firmará un Formulario de cancelación de inscripción que le informará la fecha prevista en la cual dejará de tener derecho a los servicios a través de RiverSpring MAP. La fecha de entrada en vigencia de la cancelación de inscripción será el primer día del mes siguiente o el primer día, a más tardar, del segundo mes posterior a su solicitud de cancelación de inscripción. El proceso podría llevar hasta seis semanas, dependiendo del momento en que se reciba su solicitud.

Puede cancelar su inscripción en Medicaid regular o afiliarse a otro plan de salud en tanto califique. Si continúa necesitando servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad (Community Based Long Term Care, CBLTC), como atención personal, debe afiliarse a otro plan de atención administrada a largo plazo (Managed Long Term Care, MLTC) o a otro programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, con el fin de recibir servicios de CBLTC.

Tendrá que abandonar el programa RiverSpring MAP si usted:

- Ya no está en RiverSpring MAP (HMO D-SNP) para su cobertura de Medicare.
- Necesita atención en un hogar de atención especializada, pero no es elegible para Medicaid institucional.
- Se ausenta del área de servicio del plan durante más de 30 días consecutivos.
- Se muda permanentemente fuera del área de servicio de RiverSpring MAP.
- Ya no necesita el nivel de atención de un hogar de atención especializada.
- Ya no requiere servicios de CBLTC.
- Se afilia a un programa de atención médica a domicilio a largo plazo, un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, o está inscrito en un programa o se convierte en residente de un centro auspiciado por la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo o la Oficina de Servicios de Abuso de Alcohol y Sustancias.

Podemos pedirle que abandone el plan:

Le pediremos que abandone RiverSpring MAP si:

- Usted o un miembro de su familia o su cuidador se comportan de una manera que le impide al plan prestarle la atención que necesita.
- Proporciona a sabiendas información falsa o se comporta de forma engañosa o fraudulenta.
- No completa o no presenta un formulario de consentimiento u otro documento que se necesita para obtener servicios para usted.
- No paga ni hace los arreglos pertinentes para que se pague el dinero que se le adeuda al plan (gasto/excedente/NAMI).

RiverSpring MAP trabajará con usted para intentar resolver estos problemas. Si los problemas no se resuelven, RiverSpring MAP notificará a New York Medicaid Choice sobre nuestra solicitud de cancelación de la inscripción.

Toda cancelación de inscripción involuntaria requiere de la aprobación del LDSS o la HRA. Si se aprueba, LDSS o HRA le notificarán por escrito la fecha de entrada en vigencia de su cancelación de inscripción y sus derechos a audiencia imparcial. RiverSpring MAP continuará prestando o coordinando la prestación de los servicios cubiertos a usted hasta la fecha de entrada en vigencia de la cancelación de su inscripción. RiverSpring MAP lo ayudará en la transición a otro plan que se adapte a sus necesidades.

Disposiciones sobre la reinscripción

Si cancela su inscripción de forma voluntaria, se le permitirá reinscribirse en el programa si cumple con nuestros criterios de elegibilidad para la inscripción. Si cancelan su inscripción de forma involuntaria, es posible que RiverSpring MAP no acepte su solicitud de reinscripción.

Derechos y responsabilidades

Como asegurado de RiverSpring MAP, tiene los siguientes derechos:

- Recibir atención médicamente necesaria.
- Acceso oportuno a atención y servicios.
- Privacidad sobre su registro médico y el momento de recibir tratamiento.
- Obtener información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, que se presente de una manera y en un idioma entendible.
- Obtener información en un idioma que entienda; podrá recibir servicios de traducción verbal sin cargo.
- Obtener información necesaria para poder dar un consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.
- Recibir un trato respetuoso y digno.
- Obtener copia de sus registros médicos y pedir la modificación o corrección.
- Participar en la toma de decisiones sobre su atención, incluso rechazar un tratamiento.
- Estar libre de cualquier forma de limitación o aislamiento que pueda utilizarse como medio para la coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir atención sin consideración de sexo, raza, estado de salud, color, edad,

nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión.

- Recibir información sobre dónde, cuándo y cómo recibir los servicios que necesita de nuestra parte, incluido cómo obtener beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red.
- Presentar una queja ante del Departamento de Salud del estado de Nueva York o ante la HRA o el LDSS, usar el sistema de audiencias imparciales del estado de Nueva York y/o solicitar una apelación externa del estado de Nueva York, cuando corresponda.
- Designar a una persona para que hable en su nombre sobre su atención y tratamiento.
- Impartir instrucciones anticipadas y realizar planes sobre su atención.
- Pedir ayuda al programa de Defensores del participante.

Su ejercicio de estos derechos no afectará de manera adversa el trato que recibirá.

Como asegurado de RiverSpring MAP, tiene las siguientes responsabilidades:

- Recibir los servicios cubiertos a través de RiverSpring MAP, mediante proveedores de la red de RiverSpring MAP.
- Seguir su plan de atención y solicitar los cambios necesarios.
- Obtener autorización previa para los servicios cubiertos, excepto servicios preaprobados.
- Que su médico lo examine si se produce un cambio en su estado de salud.
- Compartir información de salud completa y precisa con sus proveedores de atención médica.
- Mantener la elegibilidad para Medicaid.
- Notificar a RiverSpring MAP si va a salir de viaje o a salir de la ciudad.
- Informar al administrador de atención de enfermería de RiverSpring MAP todo cambio en su salud, e informarnos si no entiende o no puede seguir las instrucciones.
- Cooperar con el personal de RiverSpring y ser respetuoso con este.
- Asumir la responsabilidad si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de RiverSpring MAP.
- Hacer lo posible por pagar su monto excedente de Medicaid adeudado, si corresponde.

Instrucciones anticipadas

Puede llegar el momento en el que no pueda decidir sobre su propia atención médica. Si planifica por adelantado, puede hacer ahora los arreglos pertinentes para que se cumplan sus deseos. En primer lugar, informe a su familia, a sus amigos y a su médico qué tipos de tratamiento quiere o no quiere. En segundo lugar, puede nombrar a un adulto en quien confíe para que tome las decisiones por usted. Asegúrese de hablar con su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), con su familia y con otras personas cercanas a usted para que sepan lo que usted quiere. En tercer lugar, es mejor si pone lo que piensa por escrito. Los documentos que se detallan a continuación pueden ayudar. No es necesario que tenga un abogado, pero puede hablar con uno sobre este tema. Puede cambiar de opinión y modificar estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarlo a obtener estos documentos. No cambian su derecho a recibir beneficios de atención médica de calidad. El único propósito es informar a los demás lo que usted desea si no puede hablar por sí mismo.

- Poder de atención médica: con este documento, puede nombrar a otro adulto en quien confíe (por lo general, un amigo o un miembro de su familia) para que decida sobre su atención médica si usted no puede hacerlo. Si lo hace, debe hablar con la persona para que sepa lo que usted desea.
- Reanimación cardiopulmonar y orden de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR): tiene derecho a decidir si desea un tratamiento de emergencia o especial para restablecer el funcionamiento de su corazón o sus pulmones, si se detiene su circulación o respiración. Si no desea tratamiento especial, incluida la reanimación cardiopulmonar (RCP), debe dejar sus deseos indicados por escrito. Su PCP proporcionará una orden de DNR para sus registros médicos. También puede conseguir un formulario de DNR para llevar con usted o un brazalete para usar que indique sus deseos a cualquier proveedor médico de emergencias.
- Tarjeta de donante de órganos: esta tarjeta del tamaño de una billetera indica que usted desea donar partes de su cuerpo para ayudar a otras personas cuando usted fallezca. Además, revise el reverso de su licencia de conducir para informar a otras personas si y cómo desea donar sus órganos.

Información a solicitud

Se le proporcionará la siguiente información previa solicitud de su parte:

- Lista de nombres, domicilios comerciales y puestos oficiales de los miembros del directorio, los administradores, los directivos y las personas que ejercen el control de RiverSpring MAP.
- Los últimos estados financieros certificados anuales de RiverSpring MAP.
- Información relativa a quejas de los consumidores con respecto a RiverSpring MAP.
- Una descripción por escrito de la organización de RiverSpring MAP.
- Una descripción de los procedimientos de RiverSpring MAP con respecto a la protección de la confidencialidad de los registros médicos y demás información de los asegurados, y el programa de aseguramiento de calidad.
- Afiliaciones de los profesionales médicos con los hospitales.
- Una descripción de los criterios utilizados para la aprobación o denegación de servicios.
- Los requisitos de solicitud y calificación para que los proveedores de atención médica participen en RiverSpring MAP.
- Una copia de su registro del programa RiverSpring MAP (previa solicitud por escrito).

RiverSpring Health Plans

1-800-362-2266 (TTY 711)
8 a.m. to 8 p.m. ET; 7 days a week.

www.RiverSpringMAP.org