

# Medicaid Advantage Plus

## Manual para miembros 2024



# RiverSpring MAP

(HMO D-SNP)

Para obtener más información, llámenos al:

**1-800-362-2266 (TTY 711)**

[www.RiverSpringMAP.org](http://www.RiverSpringMAP.org)

H6776\_002\_Manual para miembros de Medicaid

# Índice

LE DAMOS LA BIENVENIDA A RIVERSPRING MAP, UN PROGRAMA MEDICAID ADVANTAGE PLUS.....	1
AYUDA DE SERVICIOS PARA MIEMBROS.....	1
ELEGIBILIDAD PARA LA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA MAP.....	2
Programa Asesor Independiente de Nueva York (NYIAP): proceso de evaluación inicial .....	2
SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PROGRAMA RIVERSPRING MAP .....	5
Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios adultos.....	8
Atención de salud mental de rehabilitación para pacientes ambulatorios adultos .....	8
Servicios de recuperación y fortalecimiento orientados a la comunidad (CORE): .....	8
Servicios para situaciones de crisis de salud mental para adultos.....	9
Servicios de adicción para pacientes ambulatorios adultos .....	9
Servicios residenciales contra las adicciones para adultos.....	9
Servicios de rehabilitación de adicciones para pacientes adultos hospitalizados .....	9
SERVICIOS DE MEDICAID NO CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN.....	13
SERVICIOS NO CUBIERTOS POR RIVERSPRING MAP O MEDICAID .....	14
PROCESOS DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS, APELACIONES Y QUEJAS.....	15
CANCELACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL PROGRAMA RIVERSPRING MAP .....	30
COMPETENCIA LINGÜÍSTICA Y CULTURAL.....	31
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO .....	31
OPCIÓN DE AVISO ELECTRÓNICO.....	34

## **LE DAMOS LA BIENVENIDA A RIVERSPRING MAP, UN PROGRAMA MEDICAID ADVANTAGE PLUS**

Le damos la bienvenida a RiverSpring MAP (HMO D-SNP), un programa Medicaid Advantage Plus (MAP). El programa MAP está especialmente diseñado para personas que tienen Medicare y Medicaid, y que necesitan servicios de atención médica y servicios y apoyos a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS), 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. También 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. Conserve este manual junto con la Evidencia de cobertura de Medicare para RiverSpring MAP. Necesitará ambos para saber qué servicios están cubiertos, y cómo obtener servicios.

### **AYUDA DE SERVICIOS PARA MIEMBROS**

Puede llamarnos en cualquier momento, las 24 horas del día, los siete días de la semana, al número de Servicios para miembros que se indica a continuación.

Tiene a alguien que puede ayudarle en Servicios para miembros:  
de lunes a viernes  
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este  
Llame al 1-800-362-2266; TTY: 711.

Si necesita ayuda en otros momentos, llámenos al 1-800-362-2266; TTY 711.  
Nuestro servicio de guardia, que está disponible  
las 24 horas, los siete días de la semana, responderá su llamado.

Si tiene necesidades especiales de audición o visión, con gusto le prestaremos asistencia y le ayudaremos a encontrar los servicios que cumplan con sus necesidades. Podemos ayudarle leyéndole los documentos de RiverSpring MAP. También podemos proporcionar información en otros idiomas y contamos con servicios de intérpretes gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés, incluidas ayudas y servicios gratuitos para personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio u otros formatos electrónicos)

Si desea recibir información en otro idioma o necesita traducción u otro tipo de ayuda, llame a Servicios para miembros al 1-800-362-2266, TTY: 711, y solicite hablar con un intérprete o pedir una traducción u otro tipo de ayuda.

## **ELEGIBILIDAD PARA LA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA MAP**

MAP es un programa para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. Usted es elegible para unirse al programa MAP si cumple con **todos** los requisitos siguientes:

- 1) Tiene **18** años de edad o más;
- 2) Reside en el área de servicio del Plan, que incluye los condados del Bronx, Kings, Nassau, Nueva York, Queens, Richmond y Westchester;
- 3) Tiene Medicaid;
- 4) Tiene constancia de la cobertura de las Partes A y B de Medicare;
- 5) Es elegible para un nivel de atención en un hogar de atención médica especializada (en el momento de la inscripción) utilizando la Evaluación de salud comunitaria (CHA);
- 6) Al momento de la inscripción, puede regresar a su hogar o permanecer en él y en su comunidad sin riesgo para su salud y seguridad;
- 7) Se espera que necesitará, al menos, uno de los siguientes servicios y apoyos a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS), cubiertos por el Plan Medicaid Advantage Plus durante más de 120 días desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción:
  - 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; o
  - g. Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor; **y**
- 8) Debe inscribirse en el Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad de RiverSpring MAP, Medicare Advantage.

Debe elegir uno de los médicos del Plan para que sea su proveedor de atención primaria (PCP). Si más adelante decide cambiar su Plan de Medicare, también tendrá que abandonar RiverSpring MAP.

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

### **Programa Asesor Independiente de Nueva York (NYIAP): proceso de evaluación inicial**

El NYIAP realizará una evaluación inicial para las personas que hayan expresado interés en inscribirse en un plan de Atención administrada a largo plazo (MLTC). El proceso de evaluación inicial incluye completar lo siguiente:

- **Evaluación de salud comunitaria (CHA):** la CHA se utiliza para ver si necesita servicios de atención personal o servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (PCS/CDPAS) y es elegible para la inscripción en un plan de MLTC.
- **Cita clínica y orden del médico (PO):** la orden del médico (PO) documenta su cita clínica e indica lo siguiente:
  - que usted necesita ayuda con las actividades diarias; **y**
  - que su afección médica es estable para que pueda recibir PCS o CDPAS en su hogar.

El NYIAP programará tanto la cita clínica como la CHA. La CHA será completada por personal de enfermería registrado y capacitado. Después de la CHA, un médico del NYIAP completará una cita clínica y una PO unos pocos días después.

RiverSpring MAP utilizará los resultados de la CHA y la PO para ver qué tipo de ayuda necesita y crear su plan de atención. Si su plan de atención propone PCS o CDPAS durante, en promedio, más de 12 horas al día, se necesitará una revisión independiente por parte del Panel de Revisión Independiente (IRP) del NYIAP. El IRP es un panel de profesionales médicos que revisará su CHA, PO, plan de atención y cualquier otra documentación médica necesaria. Si se necesita más información, alguien del panel puede examinarlo o analizar sus necesidades con usted. El IRP hará una recomendación a RiverSpring MAP sobre si el plan de atención satisface sus necesidades.

Una vez que el NYIAP haya completado los pasos de evaluación inicial y determinado que usted es elegible para la atención administrada a largo plazo de Medicaid, usted podrá elegir en qué plan de MLTC inscribirse. Dado que también está inscrito en Medicare para este mismo plan, ha elegido combinar sus beneficios e inscribirse en RiverSpring MAP.

### **Proceso de inscripción en RiverSpring MAP**

El NYIAP le notificará el resultado de su evaluación. La evaluación del NYIAP y su evaluación inicial deben completarse e incorporarse en los registros antes de la inscripción en nuestro Plan.

Cuando elija inscribirse en RiverSpring MAP, comenzaremos el proceso de 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 verificará sus derechos (Medicaid y Medicare) y el tipo de inscripción, y programará una reunión en su lugar de residencia para que uno de nuestros agentes autorizados de Medicare le presente el programa RiverSpring MAP. Posteriormente, el personal de enfermería del Departamento de Admisión le visitará para llevar a cabo una evaluación integral con el fin de determinar sus necesidades de atención médica y elaborar un plan de atención. El personal de enfermería del Departamento de Admisión revisará con usted el plan de atención propuesto, que requiere su consentimiento para poder inscribirse. El personal del Departamento de Admisión también se comunicará con su médico para charlar sobre su interés en la inscripción, los servicios cubiertos y su plan de atención.

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. Las solicitudes de inscripción deben enviarse a New York Medicaid Choice (NYMC), el programa de inscripción de atención administrada del estado de Nueva York, antes del día 25 del mes, y luego deben enviarse a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para que la fecha de entrada en vigencia comience el día 1 del mes siguiente. Si cumple con los criterios establecidos y su cobertura de Medicaid se encuentra activa, su inscripción por lo general entrará en vigencia el 1.º día del mes siguiente. Recibirá una tarjeta de identificación personal de RiverSpring MAP para los servicios de Medicare y Medicaid cubiertos por el plan. Recuerde que debe conservar su tarjeta de Medicaid regular para obtener servicios que no están cubiertos por RiverSpring MAP.

### **Proceso de rechazo de la inscripción**

Se rechazará su inscripción en RiverSpring MAP si:

- No cumple con los criterios de elegibilidad antes detallados; o
- Está inscrito, y no desea cancelar su inscripción, en:
  - otro plan de atención administrada de Medicaid; o
  - un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad; o
  - un centro de atención para pacientes con enfermedades terminales; o
  - el centro o el programa de exención de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) del estado; o
- Previamente ha cancelado de forma involuntaria su inscripción en nuestro Plan; o
- No da su consentimiento ni firma los documentos requeridos.

Puede apelar el rechazo ante NYMC llamando a NYMC al 1-888-401-6582.

### **Retirada de la solicitud de inscripción**

Puede retirar su solicitud de inscripción en cualquier momento antes del plazo impuesto por NYMC o los CMS poniéndose en contacto con RiverSpring MAP por escrito o verbalmente.

- El plazo de NYMC normalmente finaliza al mediodía del día 20 de cada mes.
- El plazo de los CMS es anterior a la fecha de entrada en vigencia de la inscripción. También puede llamar al 1-800-Medicare para retirarla.

### **Desarrollo del Plan de atención inicial (POC)**

RiverSpring MAP revisará la CHA del NYIA y la PO para informar nuestro desarrollo del Plan de atención (POC) centrado en su persona. Además, revisaremos la evaluación integral realizada por nuestro personal de enfermería del Departamento de Admisión, que también tiene en cuenta su entorno doméstico y el apoyo comunitario. El personal de enfermería del Departamento de Admisión le presentará el POC propuesto para su aceptación, que es necesario para enviar su solicitud de inscripción.

La CHA del NYIA, la PO y su POC inicial son válidos durante 12 meses, a menos que se requiera otra CHA debido a un cambio significativo en su afección o a petición suya. RiverSpring MAP actualizará su POC al menos cada 12 meses, o con más frecuencia si su afección cambia, si lo solicita o si es apropiado por otro motivo.

## **Tarjeta de miembro del plan (ID)**

Recibirá su tarjeta de identificación (ID) de RiverSpring MAP en el transcurso de 14 días a partir de la fecha de su inscripción efectiva. Verifique que toda la información de su tarjeta sea correcta. Asegúrese de llevar con usted su tarjeta de identificación en todo momento junto con su tarjeta de Medicaid. Si pierde o le roban su tarjeta, comuníquese con Servicios para miembros al 1-800-326-2266 TTY/TDD 711.

## **SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PROGRAMA RIVERSPRING 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). El Capítulo 3 de la Evidencia de cobertura de Medicare para RiverSpring MAP explica las reglas para usar proveedores del plan y recibir atención en una emergencia médica o situación de atención de urgencia. Algunos servicios tienen deducibles y copagos. Estos montos se muestran en la Tabla de beneficios del Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura de Medicare para RiverSpring MAP, 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 los que se aplican a algunos artículos de farmacia.

Si hay una prima mensual por los beneficios (consulte el Capítulo 1 de la Evidencia de cobertura de Medicare para RiverSpring MAP), 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 miembro 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 con usted y su médico para decidir los servicios que necesita y elaborar un plan de atención. Su administrador de atención también coordinará las citas para los servicios que necesite, y le ayudará a coordinar el transporte para esos servicios.

A través del proceso de planificación de servicios centrados en la persona, un enfermero asignado trabaja con usted, su médico y su familia para desarrollar un Plan de atención (POC) que se ajuste a sus necesidades particulares. Nos aseguramos de que reciba los servicios de atención médica que necesita. Nuestros experimentados profesionales de atención médica están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Su equipo de atención lleva el seguimiento de su estado de salud, presta atención a los cambios en su salud, brinda atención, educa a sus cuidadores sobre cómo garantizar servicios de calidad adaptados a sus necesidades, le enseña a ayudarse mejor a sí mismo, responde sus preguntas y le ayuda a obtener otros servicios que pueda necesitar.

Su POC por escrito incluye servicios médicamente necesarios, cubiertos y pagados a través de RiverSpring MAP, y la coordinación de servicios no cubiertos por el plan para cumplir con sus necesidades. Su POC describe los servicios que necesita, con qué frecuencia los necesita y durante cuánto tiempo. Identifica, evalúa y le ayuda a controlar los factores físicos, emocionales y sociales que afectan su bienestar. Su POC se revisa al menos cada 12 meses y con mayor frecuencia según lo requiera su afección o si usted lo solicita. A medida que sus necesidades cambian, el POC cambiará para cubrirlas. Su administrador de atención revisará el POC con usted y analizará cualquier cambio. Puede llamar a su administrador de atención o a cualquier miembro de su equipo de administración de atención si tiene alguna pregunta o inquietud al 1-800-362-2266.

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 una vez 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 POC, así como con otros profesionales de atención médica, con el fin de asegurarnos de que reciba los servicios que necesita.

Puede solicitar servicios fuera del POC aprobado; sin embargo, deberá obtener la aprobación del Plan y la autorización previa para su solicitud. Su administrador de atención, que trabaja con su equipo de administración de atención, se encargará de su solicitud. Todos los servicios cubiertos requieren la aprobación previa de RiverSpring MAP, excepto ciertos servicios cubiertos que aprobamos previamente. Para algunos servicios, puede iniciarse una nueva evaluación clínica y puede ser necesaria documentación médica específica para la solicitud.

Para atención fuera del horario laboral, el servicio de guardia de RiverSpring MAP y la Línea directa de enfermería están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-800-362-2266, TTY 711.

### **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. Puede recibir estos servicios siempre que sean médicamente necesarios. 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 la aprobación y autorización previa de RiverSpring MAP antes de recibir estos servicios de un proveedor fuera de la red, salvo en el caso de emergencia médica o atención de urgencia.

RiverSpring MAP considerará las solicitudes de servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red cuando el servicio no esté disponible de un proveedor dentro de la red y RiverSpring MAP esté de acuerdo en que los servicios son médicamente necesarios. Tras la aprobación de su solicitud, le emitiremos una carta de aprobación y procesaremos



un acuerdo de caso único para autorizar y establecer la cantidad y la duración de los servicios aprobados por el proveedor fuera de la red. Si algún servicio no se aprueba, o solo se aprueba parcialmente, le emitiremos una Determinación adversa inicial (IAD) que establece los motivos del rechazo y describe el proceso de apelación.

No es necesario que solicite autorización para los servicios que se indican en su POC. Además, no se requiere autorización previa para exámenes anuales odontológicos, oftalmológicos y de audición de rutina. Por el contrario, se requiere autorización previa para los siguientes servicios, de la que se encarga su administrador de atención en coordinación con los departamentos de RiverSpring para artículos específicos, como equipos y suministros médicos duraderos, terapias de rehabilitación, etc. 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.

### **Servicios que requieren autorización previa**

- **Rehabilitación para pacientes ambulatorios**
- **Cuidado personal** (*como asistencia para bañarse, comer, vestirse, ir al baño y caminar*)
- **Servicios de atención médica a domicilio no cubiertos por Medicare**, *incluidos los servicios de enfermería, asistente de salud en el hogar, terapias ocupacionales, físicas y del habla*
- **Nutrición**
- **Servicios médicos sociales**
- **Comidas entregadas a domicilio o comidas en un entorno grupal, como un centro de día**
- **Atención social diurna**
- **Enfermería privada**
- **Atención odontológica\***
- **Apoyos sociales/medioambientales** (*como servicios de tareas domésticas, modificaciones en el hogar o atención de relevo*)
- **Sistema de respuesta ante emergencias personales**
- **Atención médica diurna para adultos**
- **Atención en un hogar de atención médica especializada no cubierta por Medicare** (siempre que sea elegible para
- **Medicaid institucional)**
- **Atención de salud mental para pacientes hospitalizados superior al límite de 190 días de por vida de Medicare**
- **Audiología\***
- **Equipo médico duradero**
- **Suministros médicos**
- **Prótesis y órtesis**
- **Optometría\***
- **Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor**

*\*No se requiere autorización previa para el examen anual odontológico, oftalmológico y de la audición.*

## **Servicios cubiertos de salud conductual (salud mental y adicciones)**

### **Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios adultos**

- **Tratamiento diurno continuo (CDT):** proporciona a los adultos con enfermedades mentales graves las habilidades y los apoyos necesarios para permanecer en la comunidad y ser más independientes. Puede asistir varios días a la semana con visitas de más de una hora de duración.
- **Hospitalización parcial (PH):** programa que proporciona tratamiento de salud mental diseñado para estabilizar o ayudar con los síntomas agudos de una persona que puede necesitar hospitalización.

### **Atención de salud mental de rehabilitación para pacientes ambulatorios adultos**

- **Tratamiento asertivo comunitario (ACT):** ACT es un enfoque de equipo para los servicios de tratamiento, apoyo y rehabilitación. El personal de ACT proporciona muchos servicios en la comunidad o en su lugar de residencia. ACT está destinado a personas a quienes se les han diagnosticado enfermedades mentales graves o problemas emocionales.
- **Tratamiento de salud mental y servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (MHOTRS):** un programa que proporciona tratamiento, evaluación y manejo de síntomas. Los servicios pueden incluir terapias individuales y grupales en una clínica de su comunidad.
- **Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS):** un programa completo orientado a la recuperación si padece una enfermedad mental grave y en curso. El objetivo del programa es combinar tratamiento, apoyo y terapia para ayudarle en su recuperación.

### **Servicios de salud mental de rehabilitación y adicción para pacientes ambulatorios adultos para miembros que cumplen los requisitos clínicos. Estos también se conocen como CORE.**

**Servicios de recuperación y fortalecimiento orientados a la comunidad (CORE):** programa de recuperación centrado en la persona con apoyos móviles de salud conductual para ayudar a desarrollar habilidades y promover la participación y la independencia en la comunidad. Los servicios de CORE están disponibles para aquellos miembros que han sido identificados por el Estado como personas que cumplen los criterios de riesgo de salud conductual de alta necesidad. Cualquiera puede remitir a alguien o autorremitirse a los servicios de CORE.

- **Rehabilitación psicosocial (PSR):** este servicio ayuda a adquirir habilidades para la vida, como establecer contactos sociales, encontrar o mantener un empleo, empezar o volver a la escuela, y utilizar los recursos de la comunidad.
- **Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario (CPST):** este servicio le ayuda a manejar los síntomas a través del asesoramiento y el tratamiento clínico.
- **Apoyo y capacitación familiar (FST):** este servicio proporciona a sus familiares y amigos la información y los conocimientos necesarios para ayudarle y apoyarle.
- **Servicios de fortalecimiento – Apoyo de pares:** este servicio le pone en contacto con especialistas que han pasado por una fase de recuperación. Recibirá apoyo y asistencia para aprender lo siguiente:

- Vivir con problemas de salud y ser independiente;
- Ayudarle a tomar decisiones sobre su propia recuperación; y
- Encontrar apoyos y recursos naturales.

### **Servicios para situaciones de crisis de salud mental para adultos**

- **Programa de emergencias psiquiátricas integrales (CPEP):** un programa en hospitales que proporciona apoyo en situaciones de crisis y camas para observación prolongada (hasta 72 horas) a personas que necesitan servicios de salud mental de emergencia.
- **Servicios de soporte de crisis móvil y telefónico:** un servicio comunitario que responde a las personas que sufren una crisis de salud mental o de adicción.
- **Programas residenciales para situaciones de crisis:** una residencia de corta duración que ofrece servicios las 24 horas del día durante un máximo de 28 días, para personas que experimentan síntomas de salud mental o dificultades en la vida diaria que empeoran los síntomas. Los servicios pueden ayudar a evitar una hospitalización y favorecer el regreso a su comunidad.

### **Servicios de adicción para pacientes ambulatorios adultos**

Los **Centros de tratamiento de opioides (OTP)** son lugares certificados por la Oficina de Servicios y Apoyos para Adicciones en los que se administran medicamentos para tratar la dependencia a los opioides. Estos medicamentos pueden incluir metadona, buprenorfina y suboxona. Estos centros también ofrecen servicios de asesoramiento y educación. En muchos casos, puede recibir servicios continuos en una clínica de OTP durante toda su vida.

### **Servicios residenciales contra las adicciones para adultos**

Los servicios residenciales son para personas que necesitan apoyo las 24 horas del día en su recuperación en un entorno residencial. Los servicios residenciales ayudan a mantener la recuperación a través de un entorno estructurado y libre de sustancias. Puede recibir apoyo grupal y aprender habilidades que le ayuden en su recuperación.

### **Servicios de rehabilitación de adicciones para pacientes adultos hospitalizados**

Los **Centros de tratamiento de adicciones (ATC) gestionados por el estado** proporcionan una atención que responde a sus necesidades y favorece la recuperación a largo plazo. El personal de cada centro está capacitado para ayudar con múltiples afecciones, como las enfermedades mentales. También ayudan en la planificación postratamiento. Los tipos de servicios de tratamiento de adicciones son diferentes en cada centro, pero pueden incluir tratamiento asistido con medicamentos, ludopatía, tratamiento específico para hombres o mujeres, y más.

Los programas de **Rehabilitación de adicciones para pacientes hospitalizados** pueden proporcionarle un entorno seguro para la evaluación, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Estos centros ofrecen atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, supervisada en todo momento por personal médico. Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen el tratamiento de los síntomas relacionados con la adicción y el seguimiento de las complicaciones físicas y mentales derivadas del consumo de sustancias.

Los programas de **Desintoxicación con supervisión médica para pacientes hospitalizados** ofrecen tratamiento hospitalario para el síndrome de abstinencia moderado e incluyen supervisión bajo el cuidado de un médico. Algunos de los servicios que puede recibir son una evaluación médica dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al ingreso y la supervisión médica de los estados de intoxicación y abstinencia.

### **Limitaciones**

- La atención en un hogar de atención médica especializada está cubierta para personas que se considera que están colocadas de forma permanente en un hogar de atención médica especializada, siempre y cuando usted sea elegible para la cobertura de Medicaid institucional.
- La fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limitan a personas que no pueden obtener nutrición a través de ningún otro medio, y a las siguientes afecciones:
  - 1) personas alimentadas por sonda que no pueden masticar ni tragar alimentos y deben obtener nutrición a través de la fórmula por sonda; y
  - 2) personas con trastornos metabólicos innatos raros que requieren fórmulas médicas específicas para proporcionar nutrientes esenciales no disponibles a través de ningún otro medio.

En determinadas condiciones, los adultos que padecen VIH, SIDA o enfermedades relacionadas con el VIH, u otra enfermedad o afección, pueden ser elegibles para recibir nutrición oral adicional.

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.

### **Telesalud**

Puede recibir algunos servicios por telesalud cuando sea conveniente. Usted puede elegir si recibe los servicios en persona o por telesalud. Si tiene más preguntas sobre la telesalud, póngase en contacto con su administrador de atención.

### **Servicios odontológicos**

A partir del **31 de enero de 2024**, RiverSpring MAP (HMO D-SNP) cubrirá coronas y tratamientos de conducto en determinadas circunstancias para que pueda conservar una mayor cantidad de sus dientes naturales.

Además, las dentaduras postizas y los implantes de reemplazo solo necesitarán una recomendación de su dentista para determinar si son necesarios. Esto le facilitará el acceso a estos servicios odontológicos.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para miembros al 1-800-362-2266, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

### **Servicios de respuesta de triaje telefónico del soporte móvil de crisis**

A partir del **1 de marzo de 2024**, RiverSpring MAP (HMO D-SNP) cubrirá los servicios de respuesta de triaje telefónico del soporte móvil de crisis para miembros menores de 21 años de edad. Este servicio ya está disponible para los miembros mayores de 21 años de edad.

Actualmente, los miembros menores de 21 años de edad pueden acceder al servicio de respuesta de triaje telefónico del soporte móvil de crisis utilizando su tarjeta de Medicaid. A partir del 1 de marzo de 2024, los miembros podrán utilizar su tarjeta del plan RiverSpring MAP para recibir este servicio.

Los equipos de soporte móvil de crisis pueden ayudarle a usted, a su hijo o a otros miembros de su familia con síntomas de crisis de salud mental y adicción, tales como:

- aumento de la ansiedad;
- depresión;
- estrés debido a un acontecimiento o cambios importantes en la vida; o
- necesidad de hablar con alguien para evitar una recaída.

Usted y su familia pueden llamar y hablar con un profesional sobre una crisis, obtener apoyo y conectarse con otros servicios cuando sea necesario.

Si sufre una crisis, puede llamar o enviar un mensaje de texto al 988 o chatear en [www.988lifeline.org](http://www.988lifeline.org) las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para miembros al 1-800-362-2266, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

### **Servicios de transporte médico para casos que no sean de emergencia**

A partir del **1 de marzo de 2024**, RiverSpring MAP ya no cubrirá el transporte que no sea de emergencia como parte de los beneficios de su plan. Los servicios de transporte médico que no sean de emergencia para miembros inscritos en RiverSpring MAP, un plan de Medicaid Advantage Plus de atención administrada a largo plazo, ahora serán organizados por el agente de transporte estatal del Departamento de Salud del estado de Nueva York, conocido como Medical Answering Services (MAS). Esto no cambiará ninguno de sus otros beneficios médicos.

Para organizar transporte médico que no sea de emergencia a partir del 1 de marzo de 2024, usted o su proveedor deben comunicarse con MAS en <https://www.medanswering.com/> o llamar al [844-666-6270](tel:844-666-6270) (dentro del estado) o al [866-932-7740](tel:866-932-7740) (al norte del estado). Si es posible, usted o su proveedor médico deben 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.

Para obtener más información sobre estos servicios, visite el [sitio web de transporte del Departamento de Salud](#).

## **Cómo obtener atención fuera del área de servicio**

Debe informar a su administrador de atención cuando viaje fuera de su área de cobertura. Si necesita servicios fuera de su área de cobertura, debe ponerse en contacto con su administrador de atención para que le ayude a organizar los servicios.

## **Servicio de emergencia**

Servicio de emergencia significa la aparición repentina de una afección que representa una amenaza grave para su salud. Para emergencias médicas, llame al 911. No se requiere autorización previa para el servicio de emergencia. Sin embargo, debe notificar a RiverSpring MAP en un plazo de 24 horas después de la emergencia. Es posible que necesite servicios de atención a largo plazo que solo se puedan proporcionar a través de RiverSpring MAP.

Si es hospitalizado, un familiar u otro cuidador debe ponerse en contacto con RiverSpring MAP en un plazo de 24 horas desde el ingreso al hospital. Su administrador de atención suspenderá sus servicios de atención domiciliaria y cancelará otras citas, según sea necesario. Asegúrese de notificar a su médico de atención primaria o planificador de alta hospitalaria para que se ponga en contacto con RiverSpring MAP a fin de que podamos trabajar con ellos para planificar su atención cuando reciba el alta hospitalaria.

## **Procedimientos de cuidados de transición**

Los inscritos nuevos de RiverSpring MAP pueden continuar con un tratamiento que esté en curso de un proveedor de atención médica que no pertenezca a la red, durante un período de transición de hasta 60 días desde la inscripción, si el proveedor acepta el pago a la tarifa del Plan, cumple con la garantía de calidad de RiverSpring MAP y otras políticas, y proporciona información médica sobre la atención a su Plan.

Si su proveedor abandona la red, se puede continuar con un tratamiento que esté en curso durante un período de transición de hasta 90 días si el proveedor acepta el pago a la tarifa del Plan, cumple con la garantía de calidad del Plan y otras políticas, y proporciona información médica sobre la atención al Plan.

## **Money Follows the Person (MFP)/Open Doors**

En esta sección, se explican los servicios y apoyos disponibles a través de Money Follows the Person (MFP)/Open Doors. MFP/Open Doors es un programa que puede ayudarle a mudarse de un hogar de atención médica especializada a su hogar o residencia en la comunidad.

Puede calificar para MFP/Open Doors en los siguientes casos:

- Si vivió en un hogar de atención médica especializada durante tres meses o más;
- Si tiene necesidades de salud que se puedan cumplir a través de servicios de su comunidad.

MFP/Open Doors cuenta con personal, denominados pares y especialistas en transición, que se reúnen con usted en el hogar de atención médica especializada para hablar sobre cómo regresar a la comunidad. Los pares y especialistas en transición son diferentes de los administradores de atención y los planificadores del alta hospitalaria. Pueden ayudarle de las siguientes maneras:

- Al brindarle información sobre servicios y apoyos en la comunidad.
- Al buscar servicios que se ofrecen en la comunidad para ayudarlo a lograr la independencia.
- Al visitarlo o llamarlo después de su mudanza, para asegurarse de que tiene todo lo que necesita en el hogar.

Para obtener más información sobre MFP/Open Doors, o para programar una visita de un especialista o par de transición, llame a la New York Association on Independent Living (Asociación sobre vida independiente de Nueva York) al 1-844-545-7108 o envíe un correo electrónico a [mfp@health.ny.gov](mailto:mfp@health.ny.gov). También puede visitar el programa MFP/Open Doors en Internet, en [www.health.ny.gov/mfp](http://www.health.ny.gov/mfp) o [www.ilny.us](http://www.ilny.us).

## **SERVICIOS DE MEDICAID NO CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN**

Hay algunos servicios de Medicaid que RiverSpring MAP no cubre, pero que pueden estar cubiertos por Medicaid regular. 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 Servicios para miembros al 1-800-362-2266; TTY 711 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 conforme a RiverSpring MAP según se describe en el Capítulo 6 de la Evidencia de cobertura (EOC) de Medicare de RiverSpring MAP. Medicaid regular cubrirá algunos medicamentos no cubiertos por la Parte D de Medicare de RiverSpring MAP. Medicaid también puede cubrir medicamentos que nosotros denegamos.

### **Ciertos servicios de salud mental, incluidos:**

- Servicios de administración de atención de Health Home (HH) y Health Home Plus (HH+)
- Servicios de rehabilitación proporcionados a residentes de residencias comunitarias (CR) habilitadas por la Oficina de Salud Mental (OMH) y programas de tratamiento familiar
- Tratamiento diurno de la OMH
- Rehabilitación residencial para jóvenes de la Oficina de Servicios y Apoyos contra la Adicción (OASAS)
- Clínicas comunitarias de salud conductual certificadas (CCBHC)
- Centro de tratamiento residencial (RTF) de la OMH

### **Para los inscritos en MAP hasta los 21 años de edad:**

- Servicios de apoyo y tratamiento para niños y familias (CFTSS)
- Servicios para niños basados en el hogar y la comunidad (HCBS)

## **Ciertos servicios para la discapacidad intelectual y discapacidad del desarrollo, 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**

- Terapia de observación directa para la TB (tuberculosis)
- Gestión de casos relacionados con la ley COBRA para personas con VIH
- Medicamentos para mejorar la ovulación médicamente necesarios y servicios médicos relacionados con la prescripción y el control del uso de dichos medicamentos, para los miembros que cumplan los criterios

## **Planificación familiar**

- Los miembros 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).

## **Transporte médico para casos que no sean de emergencia**

A partir del **1 de marzo de 2024**, el transporte médico para casos que no sean de emergencia no está cubierto como parte de los beneficios de su Plan. Los servicios de transporte médico que no sean de emergencia para miembros inscritos en RiverSpring MAP, un plan de Medicaid Advantage Plus de atención administrada a largo plazo, ahora serán organizados por el agente de transporte estatal del Departamento de Salud del estado de Nueva York, conocido como Medical Answering Services (MAS). Esto no cambiará ninguno de sus otros beneficios médicos.

## **SERVICIOS NO CUBIERTOS POR RIVERSPRING MAP O MEDICAID**

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:

- Cirugía estética, si no es médicamente necesaria.
- Artículos personales y de bienestar.
- Servicios de un proveedor que no forme parte del Plan en casos que no sean una emergencia médica (a menos que RiverSpring MAP le autorice a consultar a dicho proveedor).

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio para miembros al 1-800-362-2266; TTY 711.



## **PROCESOS DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS, APELACIONES Y QUEJAS**

Usted tiene Medicare y también recibe asistencia de Medicaid. La información en esta sección cubre sus derechos para todos sus beneficios de Medicare y la mayoría de sus beneficios de Medicaid. En la mayoría de los casos, utilizará un único proceso para sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esto a veces se denomina “proceso integrado” debido a que integra los procesos de Medicare y Medicaid.

Sin embargo, para algunos de sus beneficios de Medicaid, también puede tener derecho a un proceso adicional de Apelación externa. Consulte la página 23 para obtener más información sobre el proceso de Apelación externa.

### **Sección 1: Solicitud de autorización de servicio (también conocida como solicitud de decisión de cobertura)**

La información en esta sección se aplica a todos sus beneficios de Medicare y a la mayoría de sus beneficios de Medicaid. Esta información no se aplica a sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

Cuando solicita aprobación para un tratamiento o servicio, eso se llama **solicitud de autorización de servicio (también conocida como solicitud de decisión de cobertura)**. Para obtener una solicitud de autorización de servicio, debe hacer lo siguiente:

Ponerse en contacto con su administrador de atención con su solicitud. Usted o su proveedor pueden llamar a nuestro número gratuito de Servicios para miembros al 1-800-362-2266, TTY: 711; o envíe su solicitud por escrito a RiverSpring MAP, 80 West 225th St., Bronx, NY 10463.

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

#### **Autorización previa**

Algunos servicios cubiertos requieren **autorización previa** (aprobación por adelantado) de RiverSpring MAP antes de que usted los reciba. Usted o alguien de su confianza pueden solicitar la autorización previa. Los siguientes tratamientos y servicios deben ser aprobados **antes** de que los reciba:

- Atención médica diurna para adultos
- Servicios de salud conductual (salud mental y adicciones)
- Servicio de asistencia personal dirigido por el consumidor
- Servicios odontológicos\*
- Equipo médico duradero
- Servicios de audición\*
- Comidas a domicilio y en instituciones
- Servicios de salud domiciliaria
- Suministros médicos y quirúrgicos, fórmula de nutrición parenteral/enteral, suplementos nutricionales y pilas para audífonos

- Servicios médicos sociales
- Salud mental para pacientes hospitalizados con un límite de 190 días de por vida
- Servicios de centros residenciales de atención médica
- Servicios de nutrición
- Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios, incluyendo 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 para la vista\*

*\*No se requiere autorización previa para el examen anual odontológico, oftalmológico y de la audición.*

Las solicitudes de autorización previa son gestionadas por su administrador de atención en coordinación con varios departamentos del Plan para artículos específicos, como equipos y suministros médicos duraderos, terapias de rehabilitación, etc. 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.

### **Revisión concurrente**

También puede pedirle a su administrador de atención del Departamento de Administración de la Atención de RiverSpring MAP que obtenga más de un servicio del que usted está recibiendo ahora. Esto se denomina **revisión concurrente**.

### **Revisión retrospectiva**

A veces, haremos una revisión sobre la atención que está recibiendo para determinar si sigue necesiéndola. Además, podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya haya recibido. Esto se denomina **revisión retrospectiva**. Le avisaremos si hacemos estas revisiones.

### **¿Qué sucede después de recibir su solicitud de autorización de servicio?**

El plan de salud cuenta con un equipo de revisión para asegurarse de que usted recibe los servicios para los que califica. 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.

Es posible que decidamos denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto inferior al que usted solicitó. Un profesional de atención médica calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio que usted solicitó no es médicamente necesario, un revisor experto clínico tomará la decisión. Un revisor experto

clínico puede ser un médico, un enfermero o un profesional de atención médica que normalmente brinda la atención que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica**, que se utilizaron para tomar la decisión sobre la necesidad médica.

Una vez que recibamos su solicitud, la revisaremos siguiendo un proceso **estándar** o **acelerado**. Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión acelerada si creen que una demora causará daños graves a su salud. Si rechazamos su solicitud de revisión acelerada, se lo informaremos y manejaremos su solicitud según 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. A continuación, encontrará más información sobre el proceso acelerado.

Les informaremos a usted y a su proveedor, por teléfono y por escrito, si aprobamos o rechazamos su solicitud. También le informaremos el motivo de la decisión. Le explicaremos qué opciones tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión.

### **Proceso estándar**

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

- Una **revisión estándar** de una solicitud de autorización previa significa que le daremos una respuesta en un plazo de 3 días hábiles a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos, pero a más tardar **14 días calendario** después de recibir su solicitud. Si su caso es una **revisión concurrente** en la que solicita un cambio en un servicio que ya está recibiendo, tomaremos una decisión en el plazo de 1 día hábil a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos, pero le daremos una respuesta a más tardar 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Podemos tardar hasta 14 días calendario más** si nos pide más tiempo o si necesitamos información (como expedientes médicos de proveedores que no forman parte de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tomarnos unos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora le beneficia. Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria y, en todo caso, a los 14 días, a más tardar, del día en que solicitamos más información.
- Si cree que **no** debemos tardar días adicionales, puede presentar una “**queja rápida**”. Cuando presente una **queja rápida**, le daremos una respuesta a esta dentro de las 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para autorizaciones de servicios y apelaciones. Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro Plan).

Si no le comunicamos nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario (o al final de los días adicionales, si los tomamos), puede presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, autorizaremos el servicio o tratamiento, o le entregaremos el artículo que solicitó.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos un Aviso de decisión de apelación que explica por qué decidimos denegar la solicitud. Puede encontrar más información sobre cómo apelar esta decisión en la Sección 2: Apelaciones de Nivel 1.

### **Proceso acelerado**

Si su salud lo requiere, pídanos una **autorización de servicio rápida**.

- Una **revisión rápida** de una solicitud de autorización previa significa que le daremos una respuesta en un plazo de 1 día hábil a partir del momento en que tengamos toda la información que necesitamos, pero, a más tardar, en las 72 horas siguientes a la fecha en que nos hizo la solicitud.
- Podemos tardar **hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que puede beneficiarlo (como expedientes médicos de proveedores que no forman parte de la red) o si necesita tiempo para brindarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos unos días adicionales, le informaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora le beneficia. Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria y, en todo caso, a los 14 días, a más tardar, del día en que solicitamos más información.
- Si cree que **no** debemos tardar días adicionales, puede presentar una **queja rápida**. Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro Plan, que se encuentra a continuación. Le llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o si hay un plazo extendido, al finalizar ese plazo), puede presentar una apelación. Consulte la Sección 2: Apelaciones de Nivel 1, que se encuentra a continuación, para saber cómo presentar una apelación.

Para obtener una **autorización de servicio rápida**, debe cumplir dos requisitos:

1. Usted solicita la cobertura de una atención médica que aún no ha recibido. (No puede obtener una **autorización de servicio rápida** si su solicitud se refiere al pago de una atención médica que ya recibió).
2. Utilizar los plazos estándar podría causar daños graves a su vida o su salud, o dañar su capacidad de funcionar con normalidad.

**Si su proveedor nos informa que su salud exige una autorización de servicio rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una autorización de servicio rápida.**

Si solicita una autorización de servicio rápida por su cuenta, sin el apoyo de su proveedor, decidiremos si su salud requiere que le otorguemos una **autorización de servicio rápida**.

Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos de una **autorización de servicio rápida**, le enviaremos una carta donde le informaremos esto (y usaremos, en cambio, las fechas límite estándar).

- Esta carta le informará que si su proveedor solicita la **autorización de servicio rápida**, se la daremos automáticamente.
- La carta también le informará cómo puede presentar una **queja rápida** sobre nuestra decisión de darle una autorización de servicio estándar en lugar de la autorización de servicio rápida que solicitó. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro Plan, más adelante en este capítulo).

**Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para realizar nuestra autorización de servicio sobre su solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta al final de ese período extendido.

**Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito de por qué denegamos su solicitud. Si no está satisfecho con nuestra respuesta, tiene derecho a presentar una apelación ante nosotros. Consulte la Sección 2: Apelaciones de Nivel 1, a continuación, para obtener más información.

Si no recibe noticias nuestras a tiempo, significa que hemos rechazado su solicitud de autorización de servicio. Si esto sucede, tiene derecho a presentar una apelación ante nosotros. Consulte la Sección 2: Apelaciones de Nivel 1, a continuación, para obtener más información.

### **Si cambiamos un servicio que ya está recibiendo**

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o interrumpir un servicio que ya hemos aprobado y que usted está recibiendo en la actualidad, debemos informarle al menos 15 días antes de cambiar el servicio.
- Si revisamos cualquier atención que ha recibido 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 rechazamos el pago de un servicio, le enviaremos una notificación a usted y a su proveedor el día en que rechazamos el pago. **Usted no tendrá que pagar por ninguna atención que haya recibido y que el plan o Medicaid hayan cubierto, aunque posteriormente deneguemos el pago al proveedor.**

También puede tener **derechos especiales de Medicare si finaliza su cobertura de atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)**. Para obtener más información sobre estos derechos, consulte el Capítulo 9 de la Evidencia de cobertura de RiverSpring MAP.

### **Qué hacer si desea apelar una decisión sobre su atención**

Si rechazamos su solicitud de cobertura de un artículo o servicio médico, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si rechazamos la solicitud, tiene derecho a presentar una apelación y pedirnos que reconsideremos esta decisión. Presentar una apelación significa volver a intentar obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que su apelación se remitirá al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).
- RiverSpring MAP también puede explicarle los procedimientos de quejas y apelaciones que tiene a su disposición dependiendo de su queja. Puede llamar al Departamento de Calidad al 1-800-362-2266 para obtener más información sobre sus derechos y las opciones que tiene a su disposición.

**En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza 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.**

### **Sección 2: Apelaciones de Nivel 1 (también conocidas como apelaciones a nivel del plan)**

La información en esta sección se aplica a todos sus beneficios de Medicare y a la mayoría de sus beneficios de Medicaid. Esta información no se aplica a sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

Hay algunos tratamientos y servicios para los que necesita aprobación antes de recibirlos o para poder seguir recibéndolos. Esto se denomina autorización previa. Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se denomina solicitud de autorización de servicio. Describimos este proceso anteriormente en la Sección 1 de este capítulo. Si decidimos rechazar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto inferior al solicitado, recibirá un aviso denominado Aviso de determinación de cobertura integrada.

Si recibe un Aviso de determinación de cobertura integrada y no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa intentar obtener el artículo o servicio médico que desea pidiéndonos que revisemos nuevamente su solicitud.

#### **Puede presentar una Apelación de Nivel 1:**

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina Apelación de Nivel 1 o Apelación del plan. En esta apelación, revisamos la decisión que tomamos para ver si seguimos correctamente todas las reglas. Los revisores que se ocupan de su apelación son distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que analizamos a continuación, puede solicitar una apelación rápida.

#### **Pasos para presentar una Apelación de Nivel 1:**

- Si no está satisfecho con nuestra decisión, tiene **60 días** a partir de la fecha que figura en el Aviso de determinación de cobertura integrada para presentar una apelación. Si no cumple esta fecha límite y tiene un buen motivo, le podemos dar más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de causa justificada por incumplimiento del plazo pueden incluir que haya tenido una enfermedad grave que le haya impedido ponerse en contacto con nosotros o que le hayamos dado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención que aún no ha recibido, usted o su proveedor tendrán que decidir si necesita una **“apelación rápida”**.
  - Los requisitos y procedimientos para obtener una **apelación rápida** son los mismos que para obtener una “autorización de servicio rápida”. Para solicitar una **apelación rápida**, siga las instrucciones para solicitar una autorización de servicio rápida. (Estas instrucciones figuran en la Sección 1, en la sección Proceso acelerado).
  - Si su proveedor nos informa que su salud requiere una **apelación rápida**, se la concederemos.
  - Si su caso fuera una **revisión concurrente** en la que estuviéramos revisando un servicio que ya está recibiendo, obtendrá automáticamente una apelación rápida.
- Puede presentar una apelación usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la Apelación de Nivel 1 por usted. Puede llamar al Departamento de Calidad al 1-800-362-2266 si necesita ayuda para presentar una Apelación de Nivel 1.
  - Solo una persona que usted haya nombrado por escrito puede representarlo durante su apelación. Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante durante la apelación, puede completar el Formulario de solicitud de apelación que se adjuntó al Aviso de determinación de cobertura integrada, completar un formulario de “Designación de representante”, o escribir y firmar una carta nombrando a su representante.
 

Para obtener un formulario de “Designación de representante”, llame a Servicios para miembros y solicite el formulario. También puede obtener el formulario en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>, o en nuestro sitio web en [www.RiverSpringHealthPlans.org](http://www.RiverSpringHealthPlans.org). El formulario le da a la persona el permiso para actuar en su lugar. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado; O

    - Puede escribir una carta y enviárnosla. (Usted o la persona que figura en la carta como su representante puede enviarnos la carta).
- No le trataremos de forma diferente ni actuaremos mal con usted por haber presentado una Apelación de Nivel 1.
- Puede realizar la apelación de Nivel 1 por teléfono o por escrito.

### **Continuación de su servicio o artículo mientras apela una decisión sobre su atención**

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

- Si decidimos cambiar o finalizar la cobertura de un servicio o artículo que recibe en la actualidad, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida.

- Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha del Aviso de determinación de cobertura integrada o de la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con este plazo, puede continuar recibiendo el servicio o artículo sin cambio alguno mientras su Apelación de Nivel 1 esté pendiente. Además seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambio alguno.
- Nota: Si su proveedor nos pide que continuemos con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que tenga que nombrar a su proveedor como representante.

### **Qué ocurre después de que recibamos su Apelación de Nivel 1**

- Dentro de los 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su Apelación de Nivel 1. Le informaremos si necesitamos información adicional para tomar nuestra decisión.
- Le enviaremos una copia de su expediente del caso, sin cargo alguno, que incluye una copia del expediente médico y cualquier otra información y registros que utilizaremos para tomar la decisión sobre la apelación. Si su Apelación de Nivel 1 se acelera, es posible que haya un tiempo breve para revisar esta información.
- Profesionales de la salud calificados que no tomaron la primera decisión decidirán las apelaciones sobre cuestiones clínicas. Al menos uno será un revisor experto clínico.
- Las decisiones no clínicas serán tratadas por personas que trabajan en un nivel superior al de las personas que trabajaron en su primera decisión.
- También puede proporcionar información que se utilizará para tomar la decisión en persona o por escrito. Llámenos al 1-800-362-2266 si no está seguro de qué información darnos.
- Le explicaremos los motivos de nuestra decisión y nuestra justificación clínica, si corresponde. Si rechazamos su solicitud o la aprobamos por un monto inferior al que solicitó, le enviaremos un aviso denominado Aviso de decisión de apelación. Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, enviaremos automáticamente su caso al siguiente nivel del proceso de apelación.

### **Plazos para una apelación estándar**

- Si utilizamos los plazos de apelación estándar, debemos darle una respuesta a su solicitud en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su apelación si esta se refiere a la cobertura de servicios que aún no ha recibido.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes de ese plazo si su salud exigiera que lo hagamos.



- No obstante, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más**. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar la decisión, le comunicaremos por escrito qué información se necesita y por qué el retraso le beneficia. Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria y, en todo caso, a los 14 días, a más tardar, del día en que solicitamos más información.
  - Si cree que **no** debemos tardar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tardar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a esta dentro de las 24 horas.
  - Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las rápidas, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro Plan, que se encuentra a continuación.

Si no le comunicamos una respuesta dentro de la fecha límite anterior (o al final de los días adicionales que hayamos tardado en tramitar su solicitud de un artículo o servicio médico), debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización externa independiente.

Hablamos de esta organización de revisión y explicamos lo que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelación en la Sección 3: Apelaciones de Nivel 2.

**Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que autorizar o prestar la cobertura que hemos acordado prestar dentro de las 72 horas a partir del momento en que tomemos nuestra decisión.

**Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, para asegurarnos de que hemos seguido todas las reglas al rechazar su apelación, **debemos enviarla al siguiente nivel de apelación**. Cuando lo hacemos, significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelación, que es el Nivel 2.

### **Plazos para una apelación rápida**

- Cuando usamos las fechas límite rápidas, tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le proporcionaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más**. Si decidimos tomarnos unos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora le beneficia. Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria y, en todo caso, a los 14 días, a más tardar, del día en que solicitamos más información.
- Si no le comunicamos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final de los días adicionales que nos hayamos tomado), debemos remitir automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, que se trata más adelante en la Sección 3: Apelaciones de Nivel 2.

**Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.

**Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** enviaremos automáticamente su apelación a una organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja al plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su apelación de medida.

- Durante la Apelación de Nivel 2, una organización de revisión independiente, denominada **Oficina de Audiencias Administrativas u Oficina de Audiencias,** revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería cambiar.
- Le informamos sobre esta organización y le explicamos lo que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelación más adelante, en la Sección 3: Apelaciones de Nivel 2.

**En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza 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.**

### **Sección 3: Apelaciones de Nivel 2**

La información en esta sección se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y a la mayoría de sus beneficios de Medicaid. Esta información no se aplica a sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

Si nuestro plan **rechaza** su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará **automáticamente** al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Oficina de Audiencias** revisa nuestra decisión sobre su apelación de Nivel 1. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería cambiar.

- **La Oficina de Audiencias es un organismo independiente del estado de Nueva York.** No está relacionada con nosotros. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a suministrarle a la Oficina de Audiencias información adicional para fundamentar su apelación.
- Los revisores de la **Oficina de Audiencias** analizarán cuidadosamente toda la información en relación con su apelación. La **Oficina de Audiencias** se comunicará con usted para programar una audiencia.
- Si ha presentado una apelación rápida a nuestro Plan en el Nivel 1 porque su salud podría verse gravemente perjudicada por la espera de una decisión en un plazo estándar, obtendrá automáticamente una apelación rápida de Nivel 2. La organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** a partir del momento en que recibe su apelación.
- Si la **Oficina de Audiencias** necesita más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más.**

**Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también la tendrá en el Nivel 2.**

- Si presentó a nuestro Plan una **apelación estándar** en el Nivel 1, automáticamente recibirá una **apelación estándar** en el Nivel 2.
- La organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 60 días calendario a partir del momento en que recibe su apelación. Hay un total de 90 días disponibles entre la fecha en que usted solicita una apelación al Plan (Nivel 1) y la fecha en que la Oficina de Audiencias decide sobre su Apelación de Nivel 2.
- Si la **Oficina de Audiencias** necesita más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más.**

**Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento también continuarán durante el Nivel 2. Vaya a la página 21 para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.**

**La Oficina de Audiencias le informará sobre su decisión por escrito y explicará sus motivos.**

- Si la Oficina de Audiencias **acepta** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar el servicio o entregarle el artículo **en el plazo de un día hábil a partir de la recepción de la decisión de la Oficina de Audiencias.**
- Si esta organización **rechaza** una parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestro Plan en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina “defender la decisión” o “rechazar su apelación”).

**Si la Oficina de Audiencias rechaza una parte o la totalidad de su apelación, usted puede elegir si desea continuar con su apelación.**

- Hay dos niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total son cuatro niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso escrito que recibió después de su Apelación de Nivel 2.
- El Consejo de Apelaciones de Medicare está a cargo de la Apelación de Nivel 3. Luego, puede tener derecho a solicitar que un tribunal federal revise su apelación.

**En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza 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.**

**Sección 4: Apelaciones externas solo para Medicaid**

Usted o su médico pueden solicitar una Apelación externa **únicamente para los beneficios cubiertos por Medicaid.**

Puede solicitar al estado de Nueva York una **Apelación externa** independiente si nuestro plan decide denegar la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron porque:

- no es médicamente necesario;
- es experimental o de investigación;
- no es diferente de la atención que puede recibir en la red del Plan; o
- está disponible por parte de un proveedor participante que tiene la capacitación y experiencia correctas para satisfacer sus necesidades.

Esto se denomina Apelación externa porque la decisión la toman revisores que no trabajan para el plan de salud ni para el estado. Dichos revisores están calificados y han sido aprobados por el estado de Nueva York (el Estado). El servicio debe estar en el paquete de beneficios del Plan o ser un tratamiento experimental. No debe pagar por las apelaciones externas.

**Antes** de apelar al Estado:

- Debe presentar una Apelación de Nivel 1 ante el Plan y obtener la Determinación adversa final del Plan; **o**
- Puede solicitar una Apelación externa acelerada al mismo tiempo si no ha recibido el servicio y solicita una apelación rápida. (Su médico tendrá que indicar que es necesaria una Apelación acelerada); **o**
- Usted y el Plan pueden acordar omitir el proceso de apelación del Plan y recurrir directamente a la Apelación externa; **o**
- Puede demostrar que el Plan no siguió las reglas correctamente al procesar su Apelación de Nivel 1.

Tiene **4 meses** después de recibir el **Aviso de decisión de apelación** del Plan para solicitar una Apelación externa. Si usted y el Plan acordaron omitir el proceso de apelación del Plan, entonces debe solicitar la Apelación externa en un plazo de 4 meses a partir de la fecha en que llegó a ese acuerdo.

Para solicitar una Apelación externa, complete una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros.

- Puede llamar a Servicios para miembros al 1-800-362-2266 si necesita ayuda para presentar una apelación.
- Usted y sus médicos deberán brindar información sobre su problema médico.
- La solicitud de Apelación externa indica qué información se necesitará.

A continuación, se indican algunas formas de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882
- Diríjase al sitio web del Departamento de Servicios Financieros en [www.dfs.ny.gov](http://www.dfs.ny.gov).
- Póngase en contacto con el Plan de salud al 1-800-362-2266; TTY 711.

El revisor decidirá su Apelación externa en 30 días. Si el revisor de Apelación externa solicita más información, es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles). El revisor les comunicará a usted y al Plan la decisión definitiva en un plazo de dos días después de tomarla.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico indica que un retraso podría perjudicar gravemente su salud. Esto se denomina **Apelación externa acelerada**. El revisor de Apelaciones externas tomará una decisión al respecto en 72 horas o menos. El revisor les comunicará a usted y al Plan la decisión de inmediato por teléfono o fax. Posteriormente, el revisor le enviará una carta comunicándole la decisión.

**En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza 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.**

### **Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro Plan**

La información en esta sección se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esta información no se aplica a sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

Esperamos que nuestro Plan le sea útil. Si tiene algún problema con la atención o el tratamiento que recibe de nuestro personal o proveedores, o si no le gusta la calidad de la atención o los servicios que le proporcionamos, llame a Servicios para miembros al 1-800-362-2266 o escriba a Servicios para miembros. **El nombre formal para la presentación de una queja es presentación de un reclamo.**

Puede pedirle a alguien de su confianza que presente la queja por usted. Si necesita nuestra ayuda debido a una discapacidad auditiva o visual, o si necesita servicios de traducción, podemos ayudarle. No le dificultaremos las cosas ni tomaremos ninguna medida contra usted por presentar una queja.

#### **Cómo presentar una queja:**

- **En general, llamar a Servicios para miembros es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, Servicios para miembros le informará. 1-800-362-2266, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.
- Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), **puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- RiverSpring MAP acepta reclamos de forma oral o escrita. Puede presentar un reclamo en cualquier momento. Si presenta un reclamo por escrito, le responderemos por escrito. Analizaremos sus preocupaciones y obtendremos toda la información adicional necesaria para revisar completamente su reclamo. Nuestro Plan responderá a su reclamo tan pronto como su afección lo requiera, pero dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción del reclamo. En algunas circunstancias, puede presentar una queja rápida.

- **Ya sea por teléfono o por escrito, debe comunicarse de inmediato con Servicios para miembros.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema por el que desea reclamar.

### Qué sucede después:

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama a causa de una queja, podremos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que le respondamos rápidamente, lo haremos.
- Respondemos a las quejas en un plazo de 30 días calendario.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de autorización de servicio rápida o de apelación rápida, le concederemos automáticamente una queja rápida. Si tiene una queja rápida, significa que le responderemos dentro de las 24 horas.
- Si necesitamos más información y el retraso es lo más adecuado para usted, o si usted solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos unos días adicionales, le informaremos por escrito.
- Sin embargo, si ya nos ha pedido una autorización de servicio o ha presentado una apelación, y considera que no respondemos con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja por nuestra demora. A continuación, se muestran ejemplos de cuándo puede presentar una queja:
  - Si nos pidió que le concediéramos una autorización de servicio rápida o una apelación rápida y se lo negamos.
  - Si considera que no estamos cumpliendo los plazos para darle una autorización de servicio o una respuesta a una apelación que haya presentado.
  - Cuando se revisa una autorización de servicio que hemos concedido y se nos indica que debemos cubrir o reembolsarle determinados servicios médicos o medicamentos en determinados plazos y usted cree que no los estamos cumpliendo.
  - Cuando no le comunicamos una decisión a tiempo y no remitimos su caso a la Oficina de Audiencias dentro del plazo establecido.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja o no asumimos responsabilidad por el problema objeto de su queja, le informaremos. Nuestra respuesta incluirá los motivos de nuestra respuesta. Debemos responder si estamos o no de acuerdo con la queja.

### Apelaciones de quejas

Si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre su queja relativa a sus beneficios de Medicaid, usted o alguien de su confianza pueden presentar una **apelación de queja** ante el Plan.

### **Cómo presentar una apelación de queja:**

- Si no está satisfecho con nuestra decisión, tiene al menos 60 días hábiles a partir del momento en que tiene noticias nuestras para presentar una apelación de queja;
- Puede hacerlo usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación de queja por usted.
- Debe realizar la apelación de queja por escrito.
  - Si presenta una apelación por teléfono, debe darle seguimiento por escrito.
  - Después de su llamada, le enviaremos un formulario que resume su apelación telefónica.
  - Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y devolvernos el formulario. Puede realizar los cambios necesarios antes de enviarnos el formulario.

### **Qué sucede después de que recibimos su apelación de queja:**

Una vez que recibamos su apelación de queja, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días hábiles. La carta le informará lo siguiente:

- Quién está trabajando en su apelación de queja;
- Cómo ponerse en contacto con esta persona;
- Si necesitamos más información.

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

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

Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días hábiles a partir del momento en que dispongamos de toda la información necesaria. Si un retraso pudiera poner en peligro su salud, recibirá nuestra decisión en un plazo de 2 días hábiles a partir del momento en que dispongamos de toda la información necesaria para decidir sobre la apelación. Le explicaremos los motivos de nuestra decisión y nuestra justificación clínica, si corresponde.

**Si aún no está satisfecho, usted o alguien en su nombre puede presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York al 1-866 712-7197.**

### **Programa de defensores del participante**

Los defensores del participante, conocidos como la Red de Defensoría del Consumidor Independiente (ICAN), es una organización independiente que brinda servicios gratuitos de defensoría a quienes reciben atención médica a largo plazo en el estado de Nueva York. Puede llamar a la ICAN para obtener asesoramiento gratuito e independiente sobre sus opciones de cobertura, quejas y apelaciones. Pueden ayudarle a gestionar el proceso de apelación.

Comuníquese con la ICAN para obtener más información sobre sus servicios:  
Teléfono: 1-844-614-8800 (Servicio de retransmisión TTY: 711)  
Sitio web: [www.icannys.org](http://www.icannys.org) | Correo electrónico: [ican@cssny.org](mailto:ican@cssny.org)

## **CANCELACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL PROGRAMA RIVERSPRING MAP**

No se cancelará la inscripción de los inscritos en el producto Medicaid Advantage Plus por ninguno de los siguientes motivos:

- Alta utilización de los servicios médicos cubiertos, una afección existente o un cambio en la salud del inscrito; o
- Disminución de la capacidad mental o comportamiento no cooperativo o perturbador como resultado de sus necesidades especiales, a menos que el comportamiento provoque que el inscrito no sea elegible para Medicaid Advantage Plus.

### **Puede optar por cancelar su inscripción de forma voluntaria**

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

Para solicitar la cancelación de su inscripción, llame al 1-800-362-2266. 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 y apoyos a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS), como atención personal, debe afiliarse a otro plan de MLTC o a otro programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, con el fin de recibir servicios de CBLTSS.

### **Tendrá que abandonar el programa RiverSpring MAP si:**

- Ya no está inscrito en el programa RiverSpring MAP para su cobertura de Medicare;
- Ya no es elegible para Medicaid;
- Necesita atención en un hogar de atención médica especializada, pero no es elegible para Medicaid institucional;
- Se ausenta del área de servicio del Plan durante más de 30 días consecutivos;
- Se muda de forma permanente fuera del área de servicio de RiverSpring MAP;
- Ya no es elegible para recibir el nivel de atención en un hogar de atención médica especializada según lo determinado mediante la Evaluación de salud comunitaria (CHA), a menos que se pueda esperar razonablemente que la terminación de los servicios proporcionados por el Plan resulte en que usted sea elegible para recibir el nivel de atención de un hogar de atención especializada dentro del período de seis meses siguientes;
- En el momento de cualquier reevaluación mientras vive en la comunidad, se determina que ya no demuestra una necesidad funcional o clínica de recibir servicios y apoyos a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS);
- Su único servicio se identifica como atención social diurna;



- Se une a un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, o se convierte en residente de un programa residencial de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo;
- Se convierte en residente de un programa residencial de la Oficina de Salud Mental o de la Oficina de Servicios y Apoyos contra la Adicción (OASAS) (que no sea un beneficio cubierto por el plan MAP) durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más.

**Podemos pedirle que abandone el programa RiverSpring MAP si:**

- Usted o un familiar, o un cuidador informal u otra persona del hogar, se involucran en conductas o comportamientos que afecten seriamente la capacidad del Plan para proporcionar servicios;
- Proporciona conscientemente información fraudulenta en un formulario de inscripción, o permite el abuso de una tarjeta de inscripción en el Programa MAP;
- No completa y presenta cualquier consentimiento o autorización necesaria; o
- No paga o no hace los arreglos necesarios para pagar el monto de dinero, según lo determinado por el Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS), adeudado al Plan como desembolso/excedente dentro de los 30 días siguientes vencimiento del monto por primera vez. Habremos hecho un esfuerzo razonable para obtener el pago.

Antes de que se cancele su inscripción de forma involuntaria, RiverSpring MAP obtendrá la aprobación de New York Medicaid Choice (NYMC) o de la entidad designada por el estado. La fecha de entrada en vigencia de la cancelación de su inscripción será el primer día del mes posterior al mes en el que se tramite la cancelación de la inscripción. Si sigue necesitando CBLTSS, se le pedirá que elija otro plan o se le asignará automáticamente otro plan que le proporcione cobertura para los servicios necesarios.

**COMPETENCIA LINGÜÍSTICA Y CULTURAL**

RiverSpring MAP honra sus creencias y es sensible a la diversidad cultural. Respetamos su cultura e identidad cultural, y trabajamos para eliminar las disparidades culturales. Mantenemos una red de proveedores inclusiva y con competencia cultural, y promovemos y garantizamos la prestación de servicios de una manera culturalmente adecuada a todos los inscritos. Esto incluye, entre otros, a aquellos con habilidades limitadas en inglés, antecedentes culturales y étnicos diversos, y distintas comunidades religiosas.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO**

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

**Derechos de los miembros**

- Tiene derecho a recibir la atención médica necesaria.
- Tiene derecho a acceder a tiempo a la atención y los servicios.

- Tiene derecho a que se mantenga la privacidad de su historia clínica y del momento en que recibe tratamiento.
- Tiene derecho a obtener información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, y a que dicha información se presente de una manera y en un idioma que entienda.
- Tiene derecho a obtener información en un idioma que entienda; podrá recibir servicios de interpretación sin cargo.
- Tiene derecho a obtener la información necesaria para poder dar un consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.
- Tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- Tiene derecho a obtener una copia de su historia clínica y pedir su modificación o corrección.
- Tiene derecho a participar en la toma de decisiones sobre su atención, incluso a rechazar un tratamiento.
- Tiene derecho de estar libre de cualquier forma de limitación o aislamiento que pueda utilizarse como medio para la coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tiene derecho a recibir atención sin consideración de género, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión.
- Tiene derecho a recibir información sobre dónde, cuándo y cómo recibir los servicios que necesita de su plan de atención administrada a largo plazo, incluido cómo obtener los beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red en caso de que no estén disponibles en la red del plan.
- Tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York o su Departamento Local de Servicios Sociales; y derecho a solicitar una audiencia imparcial a través de la Oficina de Audiencias Administrativas o una Apelación externa del estado de Nueva York, cuando corresponda.
- Tiene derecho a designar a una persona para que hable en su nombre sobre su atención y tratamiento.
- Tiene derecho a pedir ayuda al programa de defensores del participante.

### **Responsabilidades de los miembros**

- Recibir servicios cubiertos a través de RiverSpring MAP.
- Usar proveedores de la red de RiverSpring MAP para servicios cubiertos en la medida en que los proveedores de la red estén disponibles.

- Obtener autorización previa para los servicios cubiertos, excepto para los servicios cubiertos aprobados previamente o en casos de emergencia.
- Ser examinado por su médico si se produce un cambio en su estado de salud.
- Compartir información de salud completa y precisa con sus proveedores de atención médica.
- Informar al personal de RiverSpring MAP sobre cualquier cambio en su salud, e indicar si no entiende o no puede seguir las instrucciones.
- Seguir el plan de atención recomendado por el personal de RiverSpring MAP (con su opinión).
- Cooperar y ser respetuoso con el personal de RiverSpring MAP, y no discriminar al personal por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, edad, capacidad mental o física, orientación sexual o estado civil.
- Notificar a RiverSpring MAP en el transcurso de dos días hábiles a partir de la recepción de servicios no cubiertos o no aprobados previamente.
- Notificar a su equipo de atención médica de RiverSpring MAP con anticipación siempre que no esté en su hogar para recibir los servicios o la atención que se hayan organizado para usted.
- Informar a RiverSpring MAP antes de mudarse permanentemente fuera del área de servicio o de cualquier ausencia prolongada del área de servicio.
- Responsabilizarse de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de su cuidador.
- Cumplir con sus obligaciones financieras.

### **Instrucciones anticipadas**

Las instrucciones anticipadas son documentos legales que garantizan que sus solicitudes se cumplan en caso de que no pueda tomar decisiones por sí mismo. Las instrucciones anticipadas pueden venir en forma de un apoderado de atención médica, un testamento vital o una orden de no resucitar. Estos documentos pueden indicar qué atención desea recibir en determinadas circunstancias o pueden autorizar a un familiar o amigo en particular a tomar decisiones en su nombre.

Es su derecho establecer instrucciones anticipadas como desee. Es más importante que documente cómo desea que continúe su atención si ya no puede comunicarse con los proveedores de manera informada debido a una enfermedad o lesión. Póngase en contacto con su administrador de atención para obtener ayuda para completar estos documentos. Si ya tiene instrucciones anticipadas, comparta una copia con su administrador de atención.

## **Información disponible a pedido**

- Información sobre la estructura y el funcionamiento de RiverSpring MAP.
- Criterios de revisión clínica específicos relacionados con una afección médica en particular y otra información que RiverSpring MAP considera al autorizar servicios.
- Políticas y procedimientos sobre información médica protegida.
- Una descripción escrita de nuestros acuerdos de organización y de los procedimientos en curso del programa de garantía de calidad y mejora del desempeño.
- Políticas de acreditación de proveedores.
- Una copia reciente del estado financiero certificado de RiverSpring MAP; y políticas y procedimientos utilizados por RiverSpring MAP para determinar la elegibilidad de un proveedor.

## **OPCIÓN DE AVISO ELECTRÓNICO**

RiverSpring MAP y nuestros proveedores pueden enviarle avisos sobre autorizaciones de servicios, apelaciones de planes, quejas y apelaciones de quejas de manera electrónica, en lugar de por teléfono o correo.

Podemos enviarle estos avisos por correo electrónico.

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

Teléfono..... 1-800-362-2266; usuarios de TTY: 711  
Correo electrónico ..... [RecordsRequest@elderservehealth.org](mailto:RecordsRequest@elderservehealth.org)  
Correo postal ..... 80 West 225 St., Bronx, NY 10463

### **Cuando se comuniquen con nosotros, debe:**

- Decirnos cómo desea recibir avisos que normalmente se envían por correo;
- Decirnos cómo desea recibir avisos que normalmente se hacen por teléfono; y
- Darnos su información de contacto (número de teléfono móvil, dirección de correo electrónico, número de fax, etc.).

RiverSpring MAP le informará por correo que ha solicitado recibir avisos de manera electrónica.

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

**RiverSpring MAP (HMO D-SNP)** cumple con las leyes federales de derechos civiles. **RiverSpring MAP** no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**RiverSpring MAP** proporciona lo siguiente:

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

Si necesita estos servicios, llame a **RiverSpring MAP** al 1-800-362-2266. Para los servicios de TTY/TDD, llame al 711.

Si considera que **RiverSpring MAP** no le ha brindado estos servicios o le ha tratado de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante **RiverSpring MAP** a través de los siguientes medios:

Correo postal: 80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, New York 10463  
Teléfono: (800) 362-2266 (para los servicios de TTY/TDD, llame al 711)  
Fax: (888) 341-5009  
En persona: 80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, New York 10463  
Correo electrónico: mltcqadep@elderservehealth.org

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

En internet: A través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible 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 quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>  
Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

## Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-362-2266. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-362-2266. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-362-2266。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-362-2266。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-362-2266. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-362-2266. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-362-2266 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-362-2266. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-362-2266번으로 문의해 주십시오. 한국어어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-362-2266. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-362-2266**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-362-2266 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-362-2266. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-362-2266. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-362-2266. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-362-2266. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-362-2266**にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Form CMS-10802  
(Expires 12/31/25)