



Manual para el afiliado

Manual para el afiliado

**El equipo de administración
de atención médica**

1-855-55-MONTE

(1-855-556-6683)

Servicios a los afiliados de Montefiore Diamond Care®

Si tiene preguntas o necesita ayuda, puede llamar o escribirnos cuando lo desee. Por favor, escríbanos a la dirección que figura a continuación.

Montefiore Diamond Care
200 Corporate Boulevard South, Suite 200
Yonkers, NY 10701
1-855-55-MONTE (1-855-556-6683)
TTY 711

Llame si necesita comunicarse con su administrador de atención médica, hacer preguntas sobre beneficios y servicios, recibir ayuda para las remisiones, reemplazar una tarjeta de identificación extraviada, obtener ayuda para elegir un médico o cambiar de médico o para hacer cualquier otra pregunta que desee.

Si usted no habla inglés, podemos proporcionarle el Manual para el afiliado en otros idiomas. También contamos con servicios de traducción a varios idiomas. Por favor, comuníquese con nosotros llamando al 1-855-55-MONTE (1-855-556-6683) para recibir información adicional.

Contamos con servicios especiales para personas con necesidades especiales. Si usted tiene necesidades especiales, llámenos y le brindaremos ayuda extra. Le ayudaremos a encontrar los servicios para satisfacer sus necesidades proporcionadas por proveedores que entienden y están preparados para atender sus necesidades especiales. Podemos entregarle materiales impresos con letra grande si los solicita. Para facilitar la comunicación, podemos ayudarlo a obtener el servicio de traspaso de voz (VCO) o de teléfono de texto (TTY) marcando 1-855-55-MONTE (1-855-556-6683). El presente Manual para el afiliado también está disponible en letra grande o en CD si lo solicita.

Acerca de este Manual para el afiliado

El Manual para el afiliado se le entrega en el momento de la inscripción para que conozca el programa. Este manual ha sido diseñado para ayudarle a entender el plan de Montefiore Diamond Care. Por favor, léalo atentamente y consúltelo siempre que necesite información para saber cómo funciona el plan. El manual incluye:

- Qué servicios se encuentran cubiertos por Montefiore Diamond Care y cómo acceder a ellos
- Qué hacer en caso de emergencia
- Qué hacer cuando no está satisfecho con los servicios recibidos o cuando debe tomar decisiones respecto de sus cuidados de salud

Si usted decide inscribirse en Montefiore Diamond Care, este manual será su guía de servicios y, junto con el acuerdo/declaración de inscripción, constituye su contrato con Montefiore Diamond Care. Recibirá una versión actualizada del Manual para el afiliado siempre que se introduzcan cambios. Una vez que se inscriba, también recibirá el Directorio de proveedores. Puede solicitar un ejemplar en cualquier momento.

Para participar en Montefiore Diamond Care, debe ser elegible para Medicaid.

Tarjeta del afiliado

Su tarjeta de identificación de Montefiore Diamond Care (tarjeta de identificación), que se le entregará una vez que se encuentre inscrito, permitirá a los proveedores saber que usted está inscrito en el programa Montefiore Diamond Care. Es importante que siempre lleve esta tarjeta con usted.

Recomendaciones para los nuevos afiliados

- Tenga siempre este Manual a mano.
- Lleve su tarjeta de identificación de Montefiore Diamond Care y cualquier otra tarjeta del seguro de salud en su billetera junto con sus tarjetas de Medicaid y Medicare, incluyendo su Tarjeta del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.
- Coloque los números de teléfono de contacto de Montefiore Diamond Care cerca de su teléfono.

Contenido

| Sección | Página |
|---|---------------|
| Servicios a los afiliados de Montefiore Diamond Care® | i |
| Acerca de este Manual para el afiliado | ii |
| 1. Bienvenido a Montefiore Diamond Care | 1 |
| 2. Características especiales de Montefiore Diamond Care | 1 |
| 3. Ventajas de inscribirse en Montefiore Diamond Care | 5 |
| 4. Beneficios y cobertura/Coordinación de otros servicios médicos | 6 |
| 5. Planificación de la atención | 12 |
| 6. Servicios de emergencia | 16 |
| 7. Atención recibida fuera del área de servicios de Montefiore Diamond Care | 17 |
| 8. Cuidados transitorios y especializados | 18 |
| 9. Elegibilidad | 18 |
| 10. Inscripción y fechas de vigencia de la cobertura | 19 |
| 11. Desafiliación y cancelación de beneficios | 21 |
| 12. Requisitos de reinscripción | 24 |
| 13. Monto mensual de reducción de recursos | 24 |
| 14. Resolución de los problemas y reclamos de los afiliados | 24 |
| 15. Sus derechos y obligaciones como afiliado a Montefiore Diamond Care | 33 |
| 16. Información importante sobre Directivas anticipadas | 36 |
| 17. Protección de la confidencialidad del afiliado | 36 |
| 18. Programa de garantía y mejoramiento de la calidad | 37 |

1. Bienvenido a Montefiore Diamond Care

Montefiore Diamond Care se complace en presentarle nuestro programa de atención administrada a largo plazo. Montefiore Diamond Care se ofrece a través de Montefiore HMO, LLC. Le damos la bienvenida como afiliado y le recomendamos leer atentamente este manual. Por favor, no dude en hacer todas las preguntas que desee sobre cualquiera de las secciones. Si necesita ayuda para comprender la información que figura en este manual, comuníquese con Montefiore Diamond Care llamando al:

1-855-55-MONTE (1-855-556-6683)

TTY 711

La inscripción en Montefiore Diamond Care es voluntaria. Para inscribirse en nuestro programa debe satisfacer nuestros criterios de elegibilidad que se especifican en la sección 9, Elegibilidad, en las páginas 18-19.

Montefiore Diamond Care le ayudará a mantener su independencia en la mayor medida posible. Montefiore Diamond Care proporciona y coordina servicios diseñados de forma tal que usted pueda estar en su casa el mayor tiempo posible. Para cumplir este objetivo Montefiore Diamond Care brinda un paquete integral de servicios cubiertos de atención a largo plazo y coordina los servicios de Medicaid y Medicare que usted necesita y nosotros no cubrimos. Su administrador de atención médica trabajará con usted y su familia para brindarle los cuidados que necesita.

Montefiore Diamond Care proporciona acceso a los servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Para garantizar que reciba la atención que necesita y que sus necesidades de cuidados se cumplan completamente, nuestro personal se encuentra disponible para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días al año. Para comunicarse con nosotros llame al:

1-855-55-MONTE (1-855-556-6683)

TTY 711

2. Características especiales de Montefiore Diamond Care

Montefiore Diamond Care, Plan de atención administrada a largo plazo (Managed Long-Term Care Plan, MLTCP), ayuda a personas de 21 años de edad y más, brindando y coordinando servicios de salud de modo tal que puedan permanecer en su hogar el mayor tiempo posible. Si usted decide inscribirse en Montefiore Diamond Care, participará en un Plan de atención administrada a largo plazo del Estado de Nueva York. La atención administrada a largo plazo es una forma de brindarle la atención médica y los servicios de atención a largo plazo que puede

necesitar, coordinados por un solo programa, Montefiore Diamond Care. Si usted elige Montefiore Diamond Care, acepta recibir servicios cubiertos sólo por parte de Montefiore Diamond Care y su red de proveedores, según lo descrito en su Plan de atención. Los siguientes elementos son clave para el programa Montefiore Diamond Care:

A. El equipo de atención administrada de Montefiore Diamond Care

Una vez inscrito, se le asignará un administrador de atención médica. Su administrador de atención médica, que será un enfermero o trabajador social, le ayudará a administrar y supervisar su salud, organizar los servicios de salud que necesite y sostener su salud e independencia. Tendrá un enfermero y un trabajador social disponibles para ayudarle, y uno de estos será su administrador de atención médica. Su enfermero y su trabajador social tendrán la colaboración de personal no médico a fin de cubrir todas sus necesidades de atención médica.

Su administrador de atención médica se encuentra a su disposición para ayudarle con cualquier necesidad relacionada con su salud. Estas necesidades pueden referirse a aspectos de salud como medicamentos, síntomas, coordinar visitas con su médico, etc. o necesidades que no están relacionadas con la salud, como la coordinación con Medicaid, Medicare, otro seguro, vivienda, recursos y programas comunitarios y/u orientación individual o familiar. Su administrador de atención médica también puede combinar consultas profesionales a domicilio para cuidados de enfermería, servicios de asistencia para cuidados personales, terapia física, terapia ocupacional y nutrición. También puede comunicarse con su administrador de atención médica para obtener ayuda con la programación de sus citas médicas y el traslado a consultas médicas que no sean de emergencia.

Su administrador de atención elaborará un plan de cuidados con su colaboración y la de su médico, diseñado para satisfacer sus necesidades de atención de la salud. El plan de cuidados incluirá sus metas, objetivos y necesidades especiales. Su administrador de atención médica coordinará los servicios incluidos en su plan de atención de salud, se comunicará con sus proveedores de atención primaria en forma permanente y combinará los servicios cubiertos por Montefiore Diamond Care, como así también los servicios que no estén cubiertos por Montefiore Diamond Care. Para ayudar a decidir cuáles son los servicios más importantes para ayudarlo a permanecer en su hogar, su administrador de atención médica controlará y evaluará continuamente su estado de salud. El plan de atención se modificará en la medida en que sus necesidades y condiciones cambien. Su

plan de atención será revisado como mínimo cada 180 días y esta revisión estará a cargo de un enfermero en su domicilio.

Manteniéndonos en contacto con usted y con sus proveedores de atención primaria y ayudándolo a controlar todos los aspectos de sus cuidados de salud, su administrador de atención médica puede identificar problemas en forma anticipada, evitar que los problemas se agraven, posibilitarle el acceso a una adecuada atención de salud y ayudarlo a evitar visitas al hospital y a la sala de emergencias.

B. Acceso a los servicios

Para que usted pueda acceder a la mayoría de los servicios cubiertos, su administrador de atención médica debe autorizar el servicio antes de que lo reciba. Algunos servicios cubiertos requieren una orden del médico. Sin embargo, no es necesario que su médico o su administrador de atención médica autoricen los servicios para que usted pueda recibir atención en caso de emergencia o situación urgente, según se describe en la sección 6.

También puede consultar a un podiatra o un audiólogo para evaluación y servicios de rutina sin solicitar autorización previa al administrador de atención médica.

C. Dónde recibirá los servicios

La mayoría de los servicios de atención médica cubiertos se proporcionan en su hogar y se pueden complementar con servicios de un centro de cuidados de día contratado que figure en nuestra red de proveedores. Puede acceder a servicios de odontología, podiatría, audiología u optometría en un consultorio médico, y si es necesario, puede recibir servicios de hospitalización en un centro residencial para adultos mayores de una institución de cuidados especializados de la red.

D. Médicos de cabecera y otros proveedores de servicios no cubiertos

Puede elegir a **su médico personal**. También puede cambiar de médico en cualquier momento.

Si usted no tiene médico, su administrador de atención puede ayudarlo a encontrar uno.

Si necesita nuestra asistencia para encontrar o cambiar de médico, comuníquese con un miembro de su equipo de atención al número telefónico que figura en este Manual para el afiliado y en su tarjeta de identificación.

Puede elegir al proveedor que desee para recibir los servicios que Montefiore Diamond Care no cubre.

Su administrador de atención médica lo ayudará a encontrar proveedores de servicios no cubiertos si usted todavía no los tiene. Para ver la lista de servicios no cubiertos, consulte la sección 4.

Proveedores y servicios cubiertos participantes Usted tiene la libertad de elegir proveedores de servicios cubiertos pagados por Medicare. Sin embargo, cuando Medicare deje de pagar estos servicios, para que Montefiore Diamond Care cubra el servicio usted deberá utilizar los servicios de un proveedor de la red. Por lo tanto, puede ser mejor para usted elegir uno de los proveedores de nuestra red desde el inicio. Montefiore Diamond Care paga los copagos para servicios cubiertos de Medicare si Medicare es el pagador principal.

Usted recibirá un Directorio de proveedores en el momento de la inscripción. Puede solicitar un ejemplar en cualquier momento. Usted tiene la libertad de elegir cualquier proveedor de esta lista para obtener servicios cubiertos. Montefiore Diamond Care lo ayudará a elegir o a cambiar de proveedores para que reciba tanto servicios cubiertos como servicios no cubiertos.

Puede cambiar su proveedor por otro proveedor de la red en cualquier momento. El cambio se implementará tan pronto como sea posible, en función de la disponibilidad del proveedor.

Montefiore Diamond Care pagará directamente a los proveedores de la red la totalidad de cada servicio autorizado que se le proporcione, sin copago ni costo alguno para usted. Aunque usted no incurra en ningún costo por servicios individuales, debe pagar la reducción de recursos (*spend-down*) de Medicaid, si corresponde, para conservar su beneficio de Medicaid. Consulte la sección 13, Monto mensual de reducción de recursos.

Si recibe una factura por servicios cubiertos autorizados por Montefiore Diamond Care, por favor comuníquese con su administrador de atención médica. Es posible que usted sea responsable de pagar los servicios cubiertos no autorizados por Montefiore Diamond Care o los servicios cubiertos prestados por proveedores que no pertenecen a la red de Montefiore Diamond Care.

Si tiene preguntas sobre la calificación de cualquiera de los proveedores, puede preguntar a su administrador de atención médica.

E. Flexibilidad de atención

Montefiore Diamond Care tiene flexibilidad para brindarle atención según sus necesidades y puede ofrecerle servicios de acuerdo con sus necesidades.

F. Estructura organizacional

Montefiore Diamond Care se ofrece a través de Montefiore HMO, LLC. La HMO de Montefiore es una compañía de atención administrada a largo plazo, totalmente controlada por el sistema de salud de Montefiore. Montefiore Diamond Care es líder en la coordinación de necesidades de atención de personas de 21 años o mayores que requieren más de 120 días de servicios comunitarios, con el objetivo de permitirles vivir en sus hogares y comunidades.

3. Ventajas de inscribirse en Montefiore Diamond Care

Montefiore Diamond Care fue específicamente diseñada y desarrollada para promover la independencia de los adultos que necesitan más de 120 días de servicios comunitarios, ofreciéndoles servicios integrales de atención administrada a largo plazo a través de una sola organización. La organización única y los excepcionales mecanismos de financiación de Montefiore Diamond Care permiten brindar beneficios más flexibles. Otras ventajas de participar en el plan:

- Un administrador de atención médica y otros profesionales de la salud calificados y dedicados que le brindan un trato personalizado
- Un administrador de atención médica que siempre está presente para supervisar y coordinar su atención, ya sea en su hogar, en el hospital o en un centro residencial para adultos mayores
- Apoyo por parte de familiares y cuidadores para ayudarle a permanecer en su propio hogar
- Inscripción que continúa vigente hasta la muerte o hasta la desafiliación independientemente de los cambios en el estado de salud; consulte la sección 11, Desafiliación
- Iniciativas permanentes para favorecer la salud y el bienestar para ayudarlo a mantenerse sano.

4. Beneficios y cobertura/Coordinación de otros servicios médicos

Los siguientes beneficios se cubren completamente cuando se encuentren especificados en su plan de servicios.

Servicios cubiertos por Montefiore Diamond Care:

| Servicios cubiertos | Definición |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Administración de atención médica | <ul style="list-style-type: none"> La administración de atención médica es un proceso que garantiza una supervisión regular, coordinación y apoyo a los afiliados y sus familias para acceder a los servicios cubiertos del MLTCP, así como a servicios no cubiertos. |
| <ul style="list-style-type: none"> Hogar con servicios de enfermería (centro de atención médica residencial) | <ul style="list-style-type: none"> Estadías para atención médica a largo o corto plazo, que incluyen residencia permanente, en un establecimiento residencial para adultos mayores certificado de atención médica especializada en el Estado de Nueva York (NYS). Se brinda atención a los afiliados a través de la red de establecimientos de Montefiore Diamond Care. |
| <ul style="list-style-type: none"> Atención domiciliaria <ul style="list-style-type: none"> a. Enfermería b. Auxiliar de atención médica en el hogar c. Servicios médicos sociales | <ul style="list-style-type: none"> a. Servicios de cuidados especializados intermitentes, de tiempo parcial. Los servicios de enfermería deben ser proporcionados por un/a enfermero/a titulado/a (RN) o un/a enfermero/a con práctica autorizada (LPN). Los servicios de enfermería incluyen cuidados prestados directamente al afiliado e instrucciones al cuidador sobre los procedimientos necesarios para el tratamiento o mantenimiento de la salud del afiliado. b. Servicios de cuidado personal además de control de los signos vitales, administración de insulina en jeringas previamente llenas, ejercicios de rango de movilidad pasiva, servicios domésticos. <p>Información, remisiones y asistencia para obtener o mantener los beneficios para ayudar al afiliado a permanecer en la comunidad.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Atención médica diurna para adultos | <p>Atención y servicios brindados en un establecimiento de salud, entre otros: servicios médicos, servicios de enfermería, servicios de nutricionistas y servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades recreativas, y otros.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Cuidado personal | <ul style="list-style-type: none"> Ayuda con una o más actividades de la vida cotidiana, tales como caminar, cocinar, limpiar, ducharse, ir al baño, asearse, vestirse, alimentarse, y dar apoyo nutricional y ambiental. |

| Servicios cubiertos | Definición |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de asistencia personal dirigido al consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Service, DPAS) | <ul style="list-style-type: none"> • Posibilita al afiliado o a la persona que actúa en nombre del afiliado asumir plena responsabilidad para contratar, capacitar, supervisar, disponer de cobertura de respaldo cuando sea necesario, mantener los registros de liquidación de sueldos y, si es necesario, poner fin a la relación laboral de una persona que brinda servicios de cuidado personal. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Equipos médicos durables (Durable Medical Equipment, DME) <ul style="list-style-type: none"> a. Suministros médicos/quirúrgicos b. Equipos médicos c. Suplementos nutritivos enterales y parenterales* d. Prótesis e. Ortesis f. Calzado ortopédico | <ul style="list-style-type: none"> a. Artículos de uso médico, excepto medicamentos utilizados para tratar una condición médica específica, tales como insumos para el tratamiento de la diabetes, apósitos para heridas y otros insumos terapéuticos recetados. b. Dispositivos de adaptación y equipos recetados por un proveedor médico. c. Suplementos nutricionales líquidos según lo indicado. d. Sustituto artificial o reemplazo de un miembro. e. Aparatos y dispositivos utilizados para apoyar o corregir la función de una parte móvil del cuerpo. f. Calzado y plantillas recetadas. <p><i>Es posible que se apliquen limitaciones.</i></p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de respuesta a emergencias personal | <ul style="list-style-type: none"> • Un dispositivo electrónico que permite a los afiliados garantizar ayuda en caso de emergencia física, emocional o ambiental. En caso de una emergencia, un centro de respuesta recibe la señal y actúa en consecuencia. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Traslados que no sean de emergencia relacionados con una necesidad médica | <ul style="list-style-type: none"> • Traslados en ambulancia, vehículos para discapacitados (<i>ambulette</i>), taxis o servicios de vehículos de alquiler para recibir los servicios y la atención médica necesaria cubierta. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Podiatría | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios prestados por un podiatra, que incluyen cuidados de rutina de los pies que se prestan como parte necesaria e integral de la atención médica, tal como en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes, úlceras e infecciones. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Odontología | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios que incluyen pero no se limitan a exámenes de rutina, exámenes preventivos, cuidados dentales terapéuticos, prótesis dentales e insumos. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Optometría/lentes | <ul style="list-style-type: none"> • Incluye los servicios de un optometrista y de un dispensario oftálmico, lentes, lentes de contacto necesarios desde el punto de vista médico y otros dispositivos de ayuda para visión deficiente. El optometrista puede realizar un examen de la vista para detectar defectos visuales y enfermedades oculares según sea necesario o requerido por el estado de salud del afiliado. |

| Servicios cubiertos | Definición |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Terapias de rehabilitación ambulatoria: <ul style="list-style-type: none"> a. Terapia física (TF) b. Terapia ocupacional (TO) c. Terapia del habla (TH) | <ul style="list-style-type: none"> a. Servicios de rehabilitación que utilizan ejercicios y equipos especialmente diseñados para ayudar a los pacientes a recuperar o mejorar sus capacidades físicas. b. Servicios de rehabilitación que utilizan ejercicios y equipos especialmente diseñados para ayudar a los pacientes a recuperar o mejorar sus capacidades para realizar actividades cotidianas. c. Servicios de rehabilitación para mejorar el nivel funcional del habla o del lenguaje del afiliado. <p><i>*Límite de 20 visitas por cada tipo de terapia por año calendario, salvo para menores de 21 años y pacientes con discapacidades mentales. Es posible que Montefiore Diamond Care autorice visitas adicionales.</i></p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Audiología • Audífonos y baterías | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de audiología que incluyen exámenes, pruebas, evaluaciones y prescripción de audífonos. • Los servicios de audiología incluyen selección, adaptación, reparación, reemplazo, ajustes especiales y baterías. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Terapia respiratoria | <ul style="list-style-type: none"> • La provisión de técnicas y procedimientos preventivos, de mantenimiento y rehabilitación relacionados con las vías aéreas/respiratorias que incluyen oxígeno y otras terapias de inhalación prescritas por un médico y proporcionadas por una compañía calificada/profesionales de terapias respiratorias. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nutrición | <ul style="list-style-type: none"> • A cargo de un dietista certificado (RD) o un técnico dietista (DT) de Montefiore Diamond Care. El RD o DT imparte recomendaciones específicas al administrador de atención médica y al afiliado. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería privada | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de tiempo parcial o continuo por parte de un/a enfermero/a en el lugar de residencia del afiliado, según las necesidades médicas. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de entrega de comidas a domicilio y comedores grupales | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de entrega a domicilio para afiliados que no tienen cocina en su hogar o que se encuentran en otras circunstancias especiales. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Atención social diurna | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados y servicios brindados en un establecimiento que presta servicios de socialización, supervisión, control y nutrición. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social y ambiental | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios y artículos que incluyen pero no se limitan a, tareas de mantenimiento del hogar, servicios de cuidados/tareas del hogar, mejoras en el hogar y cuidado temporal. |

A partir del 1.º de enero de 2016, los servicios cubiertos pueden ser brindados a través de telesalud (telehealth). Los servicios brindados a través de telesalud utilizan tecnologías de información y de comunicación de los proveedores de telesalud para ofrecer los servicios cubiertos.

No se pueden transferir los beneficios a otras personas u organizaciones.

Los siguientes servicios no se encuentran cubiertos por Montefiore Diamond Care.

Servicios no cubiertos por Montefiore Diamond Care:¹

| Servicios no cubiertos | Definición |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Servicios de atención para pacientes hospitalizados | <ul style="list-style-type: none"> Un hospital u otro establecimiento con cama para recibir atención, incluyendo habitación, comida y servicios de enfermería general. |
| <ul style="list-style-type: none"> Servicios de atención para pacientes ambulatorios | <ul style="list-style-type: none"> Atención recibida en clínicas, consultorios médicos u otros centros afiliados a un hospital sin ocupar una cama regular de hospital. |
| <ul style="list-style-type: none"> Servicios prestados por un médico | <ul style="list-style-type: none"> Cuidados preventivos, atención de un médico de cabecera y servicios especializados que estén dentro del área de la práctica médica |
| <ul style="list-style-type: none"> Servicios de laboratorio y radioisótopos | <ul style="list-style-type: none"> Pruebas y procedimientos indicados por un médico profesional calificado. |
| <ul style="list-style-type: none"> Transporte de emergencia | <ul style="list-style-type: none"> Transporte en ambulancia debido a una situación de emergencia. |
| <ul style="list-style-type: none"> Servicios de una clínica rural de salud | <ul style="list-style-type: none"> Centros de salud con certificación federal que brindan servicios de atención médica primaria de calidad y que son económicamente accesibles. |
| <ul style="list-style-type: none"> Diálisis renal crónica | <ul style="list-style-type: none"> Método utilizado para tratar la insuficiencia renal permanente y avanzada, prestada por un centro de diálisis renal. |
| <ul style="list-style-type: none"> Servicios de salud mental | <ul style="list-style-type: none"> Especialidad médica que se dedica a la prevención, al diagnóstico y al tratamiento de enfermedades mentales. |
| <ul style="list-style-type: none"> Servicios para el tratamiento de abuso de alcohol y de sustancias | <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento para abandonar el uso excesivo de sustancias como el alcohol o las drogas. |
| <ul style="list-style-type: none"> Consultorio de servicios para personas con discapacidades de desarrollo (OPWDD) | <ul style="list-style-type: none"> Servicios terapéuticos a largo plazo prestados por establecimientos certificados por el OPWDD, servicios integrales de administración de casos de Medicaid y servicios del programa de exención domiciliario y comunitario para las personas con discapacidades de desarrollo. |
| <ul style="list-style-type: none"> Servicios de planificación familiar | <ul style="list-style-type: none"> Servicios anticonceptivos y de control de la natalidad. |
| <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos recetados y de venta libre; recetas magistrales | <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos recetados y/o recomendados por un médico. Recetas preparadas por un farmacéutico. |

¹ Si corresponde, el seguro de Medicare, el seguro de pago por servicio de Medicaid o el seguro de un tercero pagará los servicios no cubiertos. Coordinaremos estos servicios para todos los afiliados.

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados para enfermos terminales | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento en el hogar o de pacientes internados para brindar servicios médicos paliativos o de apoyo a personas con diagnóstico médico de enfermedad terminal o con una expectativa de vida de doce (12) meses o menos. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Todos los otros servicios que figuran en el Título XIX del Plan Estatal | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios pagados por el plan de pago por servicios de Medicaid. |

Atención en un centro residencial para adultos mayores

En algunas oportunidades es posible que su médico, su administrador de atención médica, y usted y su familia decidan que la admisión en un centro residencial para adultos mayores es la mejor opción para que usted reciba atención a corto o largo plazo. Esto puede deberse a que su hogar ya no representa el mejor lugar para que cuiden de usted de manera segura y comfortable. El administrador de atención médica de Montefiore Diamond Care supervisará cuidadosamente esta admisión, y usted continuará recibiendo atención a través del plan.

Cuando requiera la atención de un centro residencial para adultos mayores, se le brindará una habitación semiprivada en un establecimiento de la red. Si su médico determina que es necesario desde el punto de vista médico, se le cubrirá una habitación privada. El plan de Montefiore Diamond Care no cubre elementos de comodidad personal tales como teléfono, radio o alquiler de televisión.

Si usted es un veterano, cónyuge de un veterano o, padre o madre “Gold Star” (Estrella de oro) y necesita atención de enfermería domiciliaria, tiene el derecho a obtener este cuidado en un hogar de veteranos. Montefiore Diamond Care le informará a usted y a su familia en el momento de la afiliación si la red de proveedores cuenta con un hogar de veteranos. Si reúne los requisitos y desea obtener cuidados de enfermería domiciliaria en un hogar de veteranos, y Montefiore Diamond Care no tiene un establecimiento de este tipo en su red de proveedores, podrá obtener esta atención en un establecimiento que no pertenezca a la red. Montefiore Diamond Care también colaborará con usted, con su familia y con el agente de afiliación de Nueva York para resolver su transición a otro plan de atención administrada a largo plazo (MLTC) de su área que tenga un hogar de veteranos dentro de su red.

Programa Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

En esta sección le explicaremos los servicios y recursos disponibles a través del programa *Money Follows the Person (MFP)/Open Doors*. *MFP/Open Doors* es un programa que ayuda a los afiliados a salir de un centro residencial para adultos

mayores para volver a vivir nuevamente en su hogar o en una residencia de la comunidad. Los afiliados pueden calificar para el programa MFP si:

- Han estado en un centro residencial para adultos mayores durante tres meses o más
- Tienen problemas de salud que se pueden cubrir a través de servicios en la comunidad

MFP/Open Doors cuenta con personas, llamadas especialistas en transición y compañeros de la transición, que se encuentran con los afiliados en el centro residencial y conversan con ellos sobre su regreso a la comunidad. Los especialistas y los compañeros de la transición son personas diferentes a los administradores de atención de la salud y a los planificadores del alta. Pueden ayudar a los afiliados:

- Dándoles información sobre los servicios y los recursos disponibles en la comunidad
- Buscando los servicios que se ofrecen en la comunidad para ayudar a los afiliados a ser independientes
- Visitando o llamando a los afiliados después de que se mudan para asegurarse de que tengan en su hogar lo que necesitan

Para obtener más información sobre el programa *MFP/Open Doors*, o para combinar la visita de un especialista o compañero de la transición, llame a la Asociación de Nueva York para una vida independiente al teléfono 1-844-545-7108, o envíe un mensaje de correo electrónico a mfp@health.ny.gov. También pueden visitar *MFP/Open Doors* en la página de Internet www.health.ny.gov/mfp o www.ilny.org.

5. Planificación de la atención

Planificación y administración de la atención

A partir del momento de la inscripción, usted, su médico y el administración de atención médica de Montefiore Diamond Care trabajarán en equipo para desarrollar un plan de atención que satisfaga sus necesidades y sea necesario desde el punto de vista médico. Por servicios necesarios desde el punto de vista médico se entiende aquellos servicios que son necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar afecciones que le causen sufrimiento agudo, pongan en peligro su vida, produzcan una enfermedad o dolencia, interfieran con su capacidad para

llevar a cabo actividades de la vida cotidiana o signifiquen un riesgo inminente de producir alguna limitación importante.

El plan de atención médica es una descripción escrita las metas, objetivos y necesidades especiales, así como también de los servicios que usted necesita. El plan de atención se basa en la información que aporten usted, su familia y otros cuidadores, la evaluación de sus necesidades de salud que realice su administrador de atención médica de sus necesidades de atención médica y las recomendaciones de su médico.

El administrador de atención médica combinará los servicios que necesite. Esto incluye coordinar la atención domiciliaria, entregarle comidas a domicilio si usted lo necesita, combinar el transporte ida y vuelta para asistir a consultas médicas que necesite y que no sean de urgencia y coordinar servicios para enfermos terminales si lo desea.

Su administrador de atención médica controlará y evaluará continuamente su estado de salud y sus necesidades de atención. Si se modifican sus necesidades, su plan de atención será modificado para asegurarse de que incluya todos los servicios que usted necesita actualmente. Esto incluirá aumentar o reducir los servicios y/o cambiar los servicios que se prestan. (Consulte en esta sección los títulos Solicitud de servicios adicionales o Cambios al plan de atención y autorización para servicios.) Se realizará una reevaluación formal de sus necesidades de atención médica como mínimo cada 180 días.

Estos servicios coordinados por su administrador de atención médica pueden incluir servicios no cubiertos si usted también los necesita. Si es necesario, su administrador de atención médica le ayudará a programar citas con proveedores de servicios no cubiertos y le brindará el transporte de ida y vuelta que no sea de emergencia para asistir a dichas citas.

Para facilitar el control de su atención y la evaluación de sus necesidades es importante que hable con su administrador de atención médica para informarle lo que usted necesita. También es importante que le informe toda vez que haya utilizado un servicio no cubierto. Consultar la Sección 4, Beneficios y cobertura/Coordinación de otros servicios médicos. De este modo, el administrador de atención médica podrá administrar su atención de la mejor manera posible.

Un integrante de su equipo de atención médica de Montefiore Diamond Care está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana para responder preguntas sobre su plan de atención y para ayudarlo a acceder tanto a los servicios cubiertos como a los servicios no cubiertos.

Autorización para servicios

La mayoría de los servicios cubiertos que usted recibe deben ser autorizados por su administrador de atención médica. Algunos de los servicios también requieren una orden del médico: atención de salud en el hogar, atención en un centro residencial para adultos mayores, terapias de rehabilitación, terapia respiratoria, equipos médicos durables, prótesis y ortesis. El transporte que no sea de emergencia, el apoyo ambiental y las entregas de comidas a domicilio deben estar autorizados por su administrador de atención médica pero no requieren una orden del médico. También puede consultar a un podiatra o un audiólogo para evaluación y servicios de rutina sin solicitar autorización previa al administrador de atención médica.

Si usted obtiene estos servicios por su cuenta, Montefiore Diamond Care le recomienda que se comunique con su administrador de atención médica lo antes posible para administrar mejor sus necesidades de atención médica.

Si necesita ayuda para acceder a cualquiera de los servicios cubiertos, debe conversar con su administrador de atención médica. Su administrador de atención médica puede programar una cita y disponer el traslado.

No es necesario que cuente con una orden del médico o autorización de su administrador de atención médica para acceder a servicios de emergencia o cuidados urgentes.

Solicitud de servicios adicionales o cambios al plan de atención

Si usted o su médico consideran que necesita un servicio cubierto o les gustaría realizar un cambio en el plan de servicios, deben comunicarse con su administrador de atención médica. Su administrador de atención médica revisará la solicitud y reevaluará sus necesidades para determinar si son necesarias desde el punto de vista médico. Su administrador de atención médica puede consultar con su médico sobre los servicios y otros cambios que usted haya solicitado.

Si su administración de atención médica determina que su solicitud es necesaria desde el punto de vista médico, se le brindará el servicio y se modificará su plan de servicios. Si su solicitud es denegada, recibirá una Notificación de acción en relación con la denegación.

Montefiore Diamond Care le proporcionará una Notificación de acción siempre que se denieguen o limiten los servicios solicitados por usted o por un proveedor en su nombre. Consulte la sección 14, Resolución de los problemas y reclamos de los afiliados.

Existen tipos específicos de solicitudes denominados autorización previa o revisión concurrente, los cuales se pueden procesar en forma estándar o acelerada. A continuación se encuentran las definiciones de cada tipo:

Autorización previa: Solicitud suya o de su proveedor en nombre suyo para la cobertura de un nuevo servicio (ya sea para un nuevo período de autorización o dentro de un período de autorización en vigencia) o una solicitud para cambiar un servicio según lo determinado en el plan de atención para un nuevo período de autorización antes de que se provea dicho servicio.

Revisión concurrente: Solicitud suya o de su proveedor en nombre suyo para servicios adicionales (más del mismo servicio) que se encuentran actualmente autorizados en el plan de atención o para servicios de atención de salud domiciliaria cubiertos por Medicaid después de una hospitalización.

Revisión acelerada y/o estándar: La mayoría de las solicitudes se procesan dentro de plazos estándar, excepto que el administrador de atención médica, en conjunto con el director determine, o el proveedor indique, que una demora pondría en peligro seriamente su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar una función al máximo. Usted puede solicitar una revisión acelerada de una Autorización previa o de una Revisión concurrente. Las apelaciones de acciones derivadas de una revisión concurrente serán tratadas como revisiones aceleradas. Si el administrador de atención médica, en conjunto con el director, considera que una demora no pondría en peligro su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar al máximo una función, se denegará por escrito la solicitud de revisión acelerada.

Existen plazos específicos que Montefiore Diamond Care debe cumplir para revisar las solicitudes, según se trate de una autorización previa o de una revisión concurrente. Estos plazos son:

Autorización previa

- Acelerada: 3 días hábiles desde su solicitud para el servicio
- Estándar: A partir de los 3 días hábiles de recepción de toda la información necesaria y a más tardar 14 días desde la recepción de su solicitud para un servicio

Revisión concurrente

- Acelerada: A partir de 1 día hábil de la recepción de toda la información necesaria y a más tardar 3 días hábiles desde la recepción de su solicitud para un servicio
- Estándar: A partir de 1 día hábil de la recepción de toda la información necesaria y a más tardar 14 días desde la recepción de su solicitud para un servicio

Revisión retrospectiva

- Las solicitudes hechas por usted de reembolso por el pago de servicios cubiertos tendrán el mismo tratamiento que las solicitudes de autorización previa estándar.

Extensiones de plazos

Usted o un proveedor en su nombre pueden solicitar la extensión de hasta 14 días de los plazos acelerados o estándar (mediando solicitud escrita o verbal al administrador de atención médica). El administrador de atención médica también puede iniciar una extensión si puede justificar la necesidad de información adicional y si la extensión redonda en su beneficio. Si nosotros solicitamos una extensión, el administrador de atención médica se lo informará por escrito.

Se le notificará verbalmente y por escrito el estado de su solicitud. Montefiore Diamond Care le responderá su solicitud de cambio en el servicio dentro de los plazos establecidos anteriormente. Consulte la sección 14, Resolución de los problemas y reclamos de los afiliados.

Usted tiene el derecho de presentar una apelación si se deniega la solicitud.

6. Servicios de emergencia

Una emergencia² es un cambio repentino en una condición médica o comportamiento de tal gravedad que no obtener atención médica representaría un grave peligro para su salud.

Una emergencia médica puede incluir un dolor intenso, una lesión o una enfermedad repentina.

Cuando tenga una emergencia médica, usted o su cuidador deben llamar al **911**. Esta es probablemente la mejor manera de que usted reciba la atención que necesita lo antes posible. Sin embargo, tenga presente que siempre nos puede llamar. Habrá alguien para asistirlo las 24 horas del día. Si necesita contactarnos en caso de emergencia, llame al:

1-855-55-MONTE (1-855-556-6683)

TTY 711

² Una emergencia es una condición médica o del comportamiento que se presenta repentinamente y se manifiesta por medio de síntomas con la suficiente gravedad y dolor como para que una persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud se dé cuenta de que la falta de atención médica inmediata puede poner en serio peligro la salud de la persona afectada o de terceros.

No se requiere que solicite autorización previa de Montefiore Diamond Care para recibir servicios y/o cuidados de emergencia. Tampoco se requiere que nos notifique previamente si requiere atención o servicios de emergencia.

Después de que reciba atención de emergencia, solicitamos que usted o su cuidador nos notifiquen lo antes posible. Esto nos ayudará a administrar su atención de la mejor manera.

7. Atención recibida fuera del área de servicios de Montefiore Diamond Care

Servicios planificados

Antes de alejarse del área de servicios de Montefiore Diamond Care por un período prolongado, debe asegurarse de notificar al administrador de atención médica. Puede comunicarse con nosotros las 24 horas del día llamando al:

1-855-55-MONTE (1-855-556-6683)

TTY 711

Si nos notifica antes de partir, estaremos mejor preparados para disponer de la mejor atención, por ejemplo, asegurarnos de que cuenta con la cantidad suficiente de medicamentos antes de salir. También podremos coordinar su atención por hasta 30 días mientras se encuentre afuera. Durante este tiempo, lo podremos ayudar con cualquier problema o inquietud que tenga sobre su atención y con el acceso a otros servicios.

Si usted nos notifica que se aleja del área de servicios, debe regresar dentro de los 30 días para que podamos conservar su membresía a Montefiore Diamond Care. Si no regresa antes de los 30 días, lamentablemente deberemos iniciar el proceso de desafiliación al finalizar el período de 30 días.

Servicios de urgencia

Si necesita servicios de urgencia y se encuentra en los Estados Unidos, Puerto Rico, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam, Samoa Americana o en las islas Marianas del Norte, usted o la persona que usted haya designado deben notificar a su administrador de atención médica. Puede comunicarse con nosotros las 24 horas del día llamando al:

1-855-55-MONTE (1-855-556-6683)

TTY 711

Cuando nos notifique, podremos asistirlo en relación con los arreglos necesarios de atención y trabajaremos con su médico para asegurarnos de que reciba la atención que necesita.

8. Cuidados transitorios y especializados

En los países de aplicación obligatoria, si usted está pasando de un programa de atención a largo plazo de Medicaid en la comunidad o de un programa de atención administrada convencional y actualmente recibe tratamiento por parte de un proveedor que no pertenece a la red, le pagaremos al proveedor una vez que usted esté inscrito por un período de hasta 90 días o hasta que su plan de atención de Montefiore Diamond Care esté en vigencia (lo que ocurra con posterioridad), por cualquier servicio cubierto que usted reciba como parte del tratamiento. No obstante, para que podamos pagarle al proveedor, dicho proveedor debe aceptar la tarifa de pago de Montefiore Diamond Care como pago total, debe aceptar cumplir con las políticas y los procedimientos de Montefiore Diamond Care, y debe aceptar proporcionar información sobre su plan de atención.

Si usted está recibiendo un tratamiento por parte de un proveedor de la red mientras está inscrito y el proveedor deja de pertenecer a la red, le continuaremos pagando al proveedor por los servicios cubiertos que usted reciba por un período de hasta 90 días si el proveedor continúa tratándolo después de dejar de pertenecer a la red. No obstante, para que podamos pagarle al proveedor, dicho proveedor debe aceptar la tarifa de pago de Montefiore Diamond Care como pago total, debe aceptar cumplir con las políticas y los procedimientos de Montefiore Diamond Care, y debe aceptar proporcionar información sobre su plan de atención.

Es posible que su administrador de atención médica autorice a un proveedor de atención que no pertenece a la red para que proporcione un servicio cubierto. Montefiore Diamond Care autorizará un servicio de un proveedor que no pertenece a la red si la especialización o el servicio no están disponibles o si no se puede acceder a dicha especialización o servicio a través de nuestra red. Bajo estas circunstancias, pagaremos el servicio cubierto.

9. Elegibilidad

Usted puede ser elegible para inscribirse en Montefiore Diamond Care si reúne los siguientes requisitos:

- Tiene como mínimo 21 años de edad.
- Vive en el Bronx o en Westchester, que son las áreas de servicio de Montefiore Diamond Care.
- Requiere los servicios de atención a largo plazo que brinda la Montefiore Diamond Care por más de 120 días desde la fecha de vigencia de la inscripción. Estos servicios son:

- a. servicios de enfermería
 - b. tratamientos domiciliarios
 - c. servicios de auxiliares de atención de salud en el hogar
 - d. servicios de cuidado personal en el hogar
 - e. atención médica diurna para adultos o
 - f. servicios de enfermería privada
- Cancela la inscripción de otro plan de atención administrada por capitación de Medicaid, de un programa de exención de Servicios domiciliarios y comunitarios o del Programa de tratamiento diurno del OPWDD al momento de la inscripción.
 - Califica para Medicaid.

Además de reunir estos requisitos, usted también debe firmar un Acuerdo de inscripción y aceptar cumplir las condiciones de Montefiore Diamond Care, tal como se explica en el presente Manual para el afiliado.

La inscripción está sujeta a la aprobación del agente de afiliaciones de Nueva York, el departamento local de Servicios sociales o una entidad designada por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH).

Condiciones para denegar la inscripción

Se le denegará la inscripción si se aplica alguna de las siguientes condiciones:

- No cumple alguno de nuestros requisitos de elegibilidad.
- Usted estuvo previamente afiliado a Montefiore Diamond Care y no reúne nuestros requisitos de reinscripción. Consulte la sección 12, Requisitos de reinscripción, en la página 24.

Si se le deniega la inscripción por cualquier motivo, el agente de afiliaciones de Nueva York, el LDSS o una entidad designada por el NYS DOH le enviará una notificación para informarle sobre su derecho a una audiencia imparcial.

10. Inscripción y fechas de vigencia de la cobertura

La inscripción en Montefiore Diamond Care es voluntaria. Si usted está interesado en inscribirse a Montefiore Diamond Care, usted o cualquier persona que usted desee, puede llamar a Montefiore Diamond Care para recibir más información sobre nuestro programa.

Si usted es nuevo en el sistema de atención administrada a largo plazo, primero debe someterse a una evaluación del Sistema de Evaluación Uniforme (UAS), a cargo del Centro de Evaluación y Afiliación que no tenga conflicto de intereses (CFEEC). La evaluación realizada por el CFEEC determinará si usted es elegible para recibir atención médica por tiempo prolongado en la comunidad. El Estado de

Nueva York ha contratado a New York Medicaid Choice como entidad independiente y sin conflicto de intereses para brindar los servicios la evaluación, preparación y afiliación. Para programar una evaluación u obtener más información sobre elegibilidad de atención a largo plazo y afiliación, comuníquese con el CFEEC llamando al 1-855-222-8350.

Si usted tiene 21 años de edad o más y vive dentro de nuestra área de servicios, un especialista en inscripción irá a visitarlo a su hogar para brindarle más información sobre nuestro programa, incluyendo la entrega de un ejemplar del presente Manual para el afiliado. En el momento de la inscripción se le enviará por correo un Directorio de proveedores de Montefiore Diamond Care. Además, reuniremos más información sobre usted y sus necesidades de atención médica. Es posible que haya algún familiar u otra persona que usted desee que esté presente cuando el especialista en inscripción vaya a visitarlo a su hogar. Si usted sigue estando interesado en inscribirse en Montefiore Diamond Care después de que nuestro especialista en inscripción le haya descrito el programa, dicho especialista verificará su elegibilidad para Medicaid.

- La Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York (NYC HRA) o el LDSS deben revisar y establecer la elegibilidad para Medicaid de los potenciales afiliados.
- Si usted actualmente no tiene Medicaid, le ayudaremos a solicitar cobertura de Medicaid.

Nuestros especialistas en inscripción:

- Le solicitan que firme una autorización para la admisión y para una evaluación de enfermería, que le permite a la enfermera de admisión evaluar sus necesidades de atención médica y su elegibilidad clínica.
- Le solicitan que firme un formulario de consentimiento que permitirá a sus proveedores de atención médica compartir información médica con nosotros.
- Analizan el presente Manual para el afiliado con usted.
- Le entregan un Directorio de proveedores.

Nuestra enfermera de admisión irá a visitarlo a su hogar, habitualmente dentro de la misma semana de la visita del especialista en inscripción, para:

- Realizar una evaluación inicial durante los primeros treinta (30) días de su contacto inicial con Montefiore Diamond Care.
- Determinar si usted requiere los servicios de atención a largo plazo que Montefiore Diamond Care ofrece para más de 120 días.

- Brindarle información y el formulario del Poder para la atención de salud.
- Conversar sobre sus necesidades de atención con usted.

Luego de completar la evaluación inicial, nuestra enfermera de admisión le solicitará que firme un Acuerdo de inscripción. Al firmar el Acuerdo de inscripción, usted acepta:

- Recibir todos los servicios cubiertos por Montefiore Diamond Care y nuestros proveedores de la red.
- Participar en Montefiore Diamond Care de acuerdo con los términos y condiciones descritos en el presente Manual para el afiliado.

Durante el tiempo previo a su inscripción, el administrador de atención médica mantendrá el contacto con usted para responder cualquier pregunta que tenga, elaborar su plan de servicios y ayudarlo con cualquier servicio que necesite antes de la fecha de inscripción.

Su inscripción entrará en vigencia a partir del primer día del mes. Recibirá su carta de afiliación y la tarjeta de identificación de afiliado a Montefiore Diamond Care.

Una vez transcurridos algunos días de su inscripción a nuestro programa, su administrador de atención médica se comunicará con usted para entregarle su plan de servicios y conversar con usted sobre cualquier preocupación que tenga.

Cancelación de la inscripción

Usted puede solicitar a Montefiore Diamond Care que interrumpa el proceso de afiliación a partir del mediodía del 20.º día del mes anterior a la fecha de vigencia de su inscripción. Montefiore Diamond Care le confirmará por escrito su cancelación. Después de la fecha de vigencia de su inscripción, usted debe cancelar la inscripción del programa si ya no desea participar en Montefiore Diamond Care. Consulte la sección 11, Desafiliación y cancelación de beneficios.

11. Desafiliación y cancelación de beneficios

Desafiliación voluntaria

La inscripción en Montefiore Diamond Care es voluntaria y usted puede iniciar el proceso de desafiliación en cualquier momento. Haremos todos los esfuerzos posibles por resolver sus inquietudes. Para iniciar el proceso de desafiliación del programa, usted o su designado deben presentar un pedido en forma oral o escrita. Puede hacer este pedido a su administrador de atención médica que le ayudará con el proceso. Recibirá un acuse de recibo por escrito del pedido de desafiliación. La desafiliación entra en vigencia el último día del mes siguiente al mes en el que

NYMC, el LDSS o la entidad designada por el NYS DOH procesa la desafiliación. Se le enviará la confirmación de desafiliación escrita por correo una vez que la desafiliación entre en vigencia.

Por favor, tenga presente que si usted está inscrito en Montefiore Diamond Care y solicita recibir servicios por parte de otro plan de atención administrada por capitación de Medicaid, de un programa de tratamiento diurno del OPWDD o de un programa tal como el programa de lesión cerebral traumática, se considerará que usted ha iniciado la desafiliación de Montefiore Diamond Care.

Desafiliación involuntaria

Existen determinadas circunstancias bajo las cuales Montefiore Diamond Care lo desafiliará, incluso aunque esto no sea lo que usted desea. Antes de tomar esta medida, haremos todo lo que esté a nuestro alcance para resolver los problemas/inquietudes que se presenten, si resulta posible. Usted recibirá una notificación por escrito de nuestra decisión para iniciar el proceso de desafiliación involuntaria. Una vez que la desafiliación haya sido aprobada por NYMC, el LDSS o una entidad designada por el NYS DOH, NYMC, el LDSS o la entidad designada por el NYS DOH, le enviará una notificación de su derecho a solicitar una audiencia imparcial. Montefiore Diamond Care le enviará una confirmación de desafiliación por escrito.

Montefiore Diamond Care debe desafiliarlo si:

- Se muda fuera del Bronx o del condado de Westchester, nuestra área de servicios;
- Se traslada fuera del Condado del Bronx o Westchester por cualquier motivo durante más de 30 días consecutivos;
- Pierde su derecho a recibir beneficios del programa Medicaid;
- Deja de demostrar la necesidad funcional o clínica durante más de 120 días de servicios comunitarios de atención a largo plazo, o en caso de que usted sea un miembro sin elegibilidad dual, además, ya no satisface los requisitos para el nivel de atención de un centro residencial para adultos mayores;
- Está hospitalizado o ingresa en un programa residencial de una Oficina de salud mental, una Oficina para personas con discapacidades de desarrollo o una Oficina de servicios para el tratamiento del alcoholismo y abuso de sustancias por 45 días o más; o
- Su único servicio es atención social diurna.

Montefiore Diamond Care puede optar por desafiliarlo si:

- Usted, sus familiares o cuidadores incurren en conductas o comportamientos que afectan gravemente nuestra capacidad de brindarle servicios a usted o a terceros. Debemos demostrar y documentar esfuerzos razonables por resolver los problemas que usted presenta.

Montefiore Diamond Care no puede desafiliarlo a raíz de un cambio adverso en su estado de salud, el uso que usted haga de los servicios médicos, su capacidad mental disminuida o comportamientos no cooperativos o perjudiciales como resultado de su condición médica o sus necesidades especiales.

- Si usted no paga o realiza los arreglos necesarios para pagar cualquier cantidad adeudada al plan de reducción de recursos/ingresos excedentes de Medicaid (Medicaid spend-down/surplus) dentro de los 30 días a partir del primer vencimiento, siempre que durante ese período de 30 días Montefiore Diamond Care haya hecho los esfuerzos razonables por cobrar la cantidad, incluyendo la presentación de un reclamo de pago por escrito y una advertencia por escrito de la posible desafiliación.
- Usted intencionalmente no completa o no presenta un consentimiento o renuncia.
- Usted le brinda información falsa o engañosa a Montefiore Diamond Care o se involucra en conductas fraudulentas en relación con una parte importante de su afiliación.

Cancelación de la inscripción por otros motivos

Su inscripción en Montefiore Diamond Care finalizará si Montefiore Diamond Care pierde el contrato con el Estado de Nueva York que le permite ofrecer servicios de atención médica. Montefiore Diamond Care tiene un contrato con el Estado de Nueva York que está sujeto a renovación periódica. De no mantenerse el contrato de Montefiore Diamond Care se cancelará la afiliación al programa.

Fecha de vigencia de la desafiliación y coordinación de transferencia a otros proveedores de servicios

Su desafiliación entrará en vigencia el último día del mes después de que sea procesada por NYMC, el LDSS o una entidad designada por el NYS DOH. Hasta que entre en vigencia su desafiliación, Montefiore Diamond Care continuará brindándole servicios cubiertos de acuerdo con su plan de atención. Durante este período, si usted lo desea, su administrador de atención médica lo ayudará a

identificar a otros proveedores de servicios que puedan satisfacer sus necesidades. Montefiore Diamond Care le ayudará a contactarse con estos proveedores y coordinará el traspaso de su atención.

12. Requisitos de reinscripción

Si usted se desafilia en forma voluntaria, podrá reinscribirse en el programa si satisface nuestros requisitos de inscripción. Si se lo desafilia en forma involuntaria, usted podrá reinscribirse en el programa si se resuelven las circunstancias por las que se lo desafilió.

13. Monto mensual de reducción de recursos

El monto que usted debe pagarnos dependerá de su elegibilidad para Medicaid y del programa de reducción de recursos mensual de Medicaid.

| Si usted es elegible para: | Usted pagará: |
|---|--|
| Medicaid (sin monto mensual de reducción de recursos) | Nada a Montefiore Diamond Care |
| Medicaid (con monto mensual de reducción de recursos) | Un monto mensual de reducción de recursos a Montefiore Diamond Care según lo determine la HRA o el LDSS de la Ciudad de Nueva York |

Si usted es elegible para Medicaid con una reducción de recursos y su reducción de recursos cambia mientras usted está afiliado a Montefiore Diamond Care, su pago mensual se modificará.

14. Resolución de los problemas y reclamos de los afiliados

Montefiore Diamond Care tratará de hacer todo lo posible para solucionar su inquietud o problema tan rápido como sea posible, a su satisfacción. Puede usar el proceso de reclamo o nuestro proceso de apelación, dependiendo de qué tipo de problema tenga.

Si usted presenta un reclamo o una apelación no sufrirá cambios en sus servicios o en la forma en que lo trata el personal de Montefiore Diamond Care o los proveedores de atención médica. Respetaremos su privacidad. Le brindaremos la ayuda que necesite para presentar un reclamo o apelación. Esto comprende brindarle servicios de traducción o ayuda si usted tiene problemas de visión o de

audición. Puede elegir a una persona (como un pariente, amigo o proveedor) para que actúe en su nombre.

Para presentar un reclamo o una apelación a un plan de acción, por favor llame al: **1-855-556-6683 (TTY 711)** o escriba a:

**Montefiore Diamond Care
Grievances and Appeals Department
(Departamento de reclamos y apelaciones)
Box 500
200 Corporate Boulevard South, Suite 200
Yonkers, NY 10701**

Cuando se comunique con nosotros, necesitará brindarnos los siguientes datos: su nombre, domicilio, número telefónico y los detalles del problema.

¿Qué es un reclamo?

Un reclamo es una notificación de su falta de satisfacción con la atención o el tratamiento que recibió por parte de nuestro personal o de nuestros proveedores de servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien fue descortés con usted o no le gustó la calidad de la atención o de los servicios que recibió de nuestra parte, puede presentarnos un reclamo.

El proceso de reclamos

Usted nos puede presentar un reclamo en forma oral o escrita. La persona que reciba su reclamo lo grabará o guardará, y el personal del plan que corresponda supervisará la revisión del reclamo. Le enviaremos una carta para notificarle que recibimos su reclamo en la que le brindaremos una descripción de nuestro proceso de revisión. Revisaremos su reclamo y le daremos una respuesta por escrito dentro de dos plazos posibles.

1. Si una demora puede resultar en un riesgo significativo para su salud, tomaremos una decisión dentro de las 48 horas de recepción de la información necesaria.
2. Para todos los otros tipos de reclamos, le notificaremos nuestra decisión entre los 45 días de recepción de la información necesaria, estableciéndose que se debe completar el proceso dentro de los 60 días de recepción del reclamo. Se puede extender el período de revisión hasta 14 días si usted lo solicita o si necesitamos más información y la demora es por su bien.

Nuestra respuesta describirá lo que encontramos cuando revisamos su reclamo y la decisión que tomamos.

¿Cómo hago para apelar una decisión en relación con un reclamo?

Si usted no está satisfecho con la decisión que tomamos en relación con su reclamo, puede solicitar una segunda revisión de su problema presentando una apelación de reclamo. Debe presentar la apelación de reclamo por escrito, dentro de los 60 días hábiles de recepción de nuestra decisión inicial sobre su reclamo. Una vez que recibamos su apelación, le enviaremos un acuse de recibo por escrito informándole el nombre, domicilio y número telefónico de la persona que hemos designado para que responda su apelación. Todas las apelaciones sobre reclamos serán evaluadas por profesionales idóneos; en los reclamos referidos a problemas clínicos participarán profesionales de atención médica que no hayan intervenido en la decisión inicial.

En cuanto a las apelaciones estándar, decidiremos la apelación dentro de los 30 días hábiles de la recepción de toda la información necesaria para tomar nuestra decisión. Si una demora en nuestra decisión puede resultar en un riesgo significativo para su salud, utilizaremos el proceso acelerado de apelación de reclamos. Para los procesos acelerados de apelaciones de reclamos, tomaremos nuestra decisión de apelación a los 2 días hábiles de recepción de la información necesaria. Entregaremos una notificación por escrito de nuestra decisión sobre las apelaciones de reclamos tanto estándar como aceleradas. La notificación incluirá las razones detalladas por las cuales tomamos dicha decisión y, en los casos que involucren problemas clínicos, los fundamentos médicos para tomar dicha decisión.

¿Qué es una acción?

Cuando Montefiore Diamond Care niega o limita los servicios solicitados por usted o su proveedor, niega una solicitud de remisión, decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; restringe, reduce, suspende o cancela servicios que ya hemos autorizado, niega el pago de servicios, no brinda servicios en forma oportuna o no toma determinaciones sobre reclamos o apelaciones dentro de los plazos requeridos, estas acciones se considerarán “acciones” del plan. Toda acción está sujeta a apelación. (Consulte la sección, ¿Cómo presento una apelación de una acción?, a continuación, para obtener más información.)

Plazos para la notificación de acción

Si decidimos denegar o limitar los servicios que usted solicitó o decidimos no pagar la totalidad o una parte de un servicio cubierto, le enviaremos una notificación cuando tomemos la decisión. Si proponemos restringir, reducir, suspender o finalizar un servicio que está autorizado, se le enviará una carta como mínimo 10 días antes de la fecha prevista para efectuar el cambio.

Contenido de la Notificación de acción

Cualquier notificación de acción que se le envíe:

- Explicará la acción que hemos tomado o intentamos tomar;
- Mencionará los motivos por los que proponemos dicha acción, incluyendo los fundamentos médicos si correspondiese;
- Describirá su derecho a presentarnos una apelación (incluyendo si también tiene el derecho a una apelación externa del Estado);
- Describirá cómo presentar una apelación interna y las circunstancias bajo las cuales usted puede solicitar que aceleremos (agilicemos) nuestra revisión de su apelación interna;
- Describirá la disponibilidad del criterio de revisión clínica utilizado para tomar la decisión, si la acción involucra problemas de necesidad médica o si el servicio o tratamiento en cuestión eran experimentales o de investigación;
- Describirá la información, si corresponde, que debe ser proporcionada por usted y/o su proveedor para que nosotros podamos brindar una decisión sobre la apelación.

El aviso también le informará sobre su derecho a una audiencia imparcial estatal:

- Le explicará la diferencia entre una apelación y una audiencia imparcial;
- Le dirá que no es necesario que presente una apelación antes de solicitar una audiencia imparcial;
- Le explicará cómo solicitar una audiencia imparcial; y
- Si estamos reduciendo, suspendiendo o cancelando un servicio autorizado y usted quiere que sus servicios continúen mientras se resuelve su apelación, debe solicitar una audiencia imparcial dentro de los 10 días de la fecha de notificación o fecha efectiva prevista para la acción propuesta, lo que ocurra con posterioridad.

¿Cómo presento una apelación de una acción?

Si usted no está de acuerdo con una acción que hemos tomado, puede apelar. Si usted presenta una apelación, significa que debemos revisar nuevamente la razón por la que tomamos una acción para determinar si fue correcta. Usted puede presentar una apelación de una acción del plan en forma oral o escrita. Cuando el plan le envía una carta en relación con una acción que está tomando (como denegar o limitar servicios, o no pagar por los servicios), usted debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días hábiles a partir de la fecha que tiene la carta que le notifica nuestra acción.

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

Puede comunicarse con nosotros llamando al **1-855-556-6683 (TTY 711)** o escribiendo a:

**Montefiore Diamond Care
Grievances and Appeals Department
(Departamento de reclamos y apelaciones)
Box 500
200 Corporate Boulevard South, Suite 200
Yonkers, NY 10701**

La persona que reciba su apelación la grabará o guardará, y el personal del plan que corresponda supervisará la revisión de la apelación. Le enviaremos una carta informándole que recibimos su apelación y cómo la vamos a procesar. Su apelación será revisada por personal clínico informado que no haya participado en la decisión o acción inicial del plan que usted está apelando.

Algunas acciones permiten que usted solicite que se continúen brindando los servicios durante el proceso de apelación

Si usted apela una restricción, reducción, suspensión o cancelación de servicios para los cuales usted está actualmente autorizado, puede solicitar una audiencia imparcial para continuar recibiendo estos servicios mientras se decide su apelación. Debemos continuar brindando sus servicios si usted solicita una audiencia imparcial dentro de los 10 días de la fecha de notificación de la restricción, reducción, suspensión o cancelación de los servicios o la fecha efectiva prevista para la acción propuesta, lo que ocurra con posterioridad. Para averiguar cómo solicitar una audiencia imparcial y para solicitar ayuda para continuar, consulte la sección Audiencia imparcial, a continuación.

Aunque usted solicite que se continúen brindando los servicios, si la audiencia imparcial no se resuelve a su favor, podemos solicitarle que pague dichos servicios si se continuaron brindando sólo porque usted solicitó continuar recibiendo los servicios mientras su caso se encontraba bajo revisión.

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

Salvo que usted solicite una revisión acelerada, revisaremos su apelación de la acción tomada por el plan como una apelación estándar y le enviaremos una decisión por escrito tan rápido como lo requiera su condición de salud, pero a

más tardar 30 días a partir del día en que recibimos la apelación. (Se puede extender el período de revisión hasta 14 días si usted lo solicita o si necesitamos más información y la demora es por su bien.) Durante nuestra revisión usted tendrá la oportunidad de presentar su caso en persona y por escrito. También tendrá la oportunidad de revisar los registros que forman parte de la revisión de apelación.

Le enviaremos una notificación sobre la decisión que tomamos en relación con su apelación en la que se indicará la decisión que tomamos y la fecha en que tomamos dicha decisión.

Si revertimos nuestra decisión de denegar o limitar los servicios requeridos, o de restringir, reducir, suspender o cancelar los servicios, y dichos servicios no fueron proporcionados mientras su apelación estaba pendiente de decisión, le brindaremos tales servicios tan rápido como lo requiera su condición de salud. En algunos casos, usted puede solicitar un proceso “acelerado” de apelación. (Consulte la sección Proceso acelerado de apelación a continuación.)

Proceso acelerado de apelación

Si usted o su proveedor consideran que el plazo de apelación estándar podría causarle un problema grave de salud o pone en riesgo su vida, puede solicitar una revisión acelerada de su apelación de la acción. Le responderemos con nuestra decisión dentro de los 2 días hábiles a partir de la recepción de toda la información necesaria. En ningún caso el plazo para presentar nuestra decisión será mayor a 3 días hábiles a partir de la recepción de su apelación. (Se puede extender el período de revisión hasta 14 días si usted lo solicita o si necesitamos más información y la demora es por su bien.)

Si no estamos de acuerdo con su solicitud para una apelación acelerada, pondremos nuestro mayor empeño para comunicarnos con usted en persona e informarle que hemos denegado su solicitud para un proceso acelerado de apelación y que procesaremos la apelación aplicando el plazo estándar. También le enviaremos una notificación por escrito de nuestra decisión de denegar su solicitud de proceso acelerado de apelación dentro de los 2 días a partir de la recepción de su solicitud.

¿Qué puedo hacer si el plan deniega mi solicitud?

Si nuestra decisión en relación con su apelación no se resuelve totalmente a su favor, la notificación que usted reciba explicará su derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid al Estado de Nueva York y cómo obtener una audiencia imparcial, quién puede comparecer en su nombre a la audiencia

imparcial, y en el caso de algunas apelaciones, su derecho a solicitar la prestación de servicios mientras está pendiente la audiencia y cómo realizar dicha solicitud.

Nota: Debe solicitar una audiencia imparcial dentro de los 60 días calendario de la fecha de notificación de determinación inicial. El plazo se aplica incluso si usted está esperándonos para tomar una decisión sobre su apelación interna.

Si denegamos su apelación por problemas de necesidad médica o porque el servicio en cuestión era experimental o de investigación, la notificación también informará cómo solicitar una “apelación externa” de nuestra decisión al Estado de Nueva York.

Audiencias imparciales del Estado

También puede solicitar una audiencia imparcial del Estado de Nueva York. La decisión de la audiencia imparcial puede revocar nuestra decisión original, ya sea que usted haya solicitado o no una apelación. Debe solicitar una audiencia imparcial dentro de los 60 días calendario de la fecha en la que le enviamos aviso de nuestra decisión inicial. Puede iniciar una apelación ante el Plan y una audiencia imparcial al mismo tiempo, o puede esperar hasta que el Plan resuelva su apelación y después pedir una audiencia imparcial. En cualquier caso se aplica el mismo plazo de 60 días calendario.

El proceso de la audiencia imparcial del Estado es el único proceso que le permite la continuación de sus servicios mientras aguarda la resolución de su caso. Si le enviamos una notificación sobre la restricción, reducción, suspensión o cancelación de los servicios que está autorizado a recibir y usted quiere que sus servicios continúen, debe solicitar una audiencia imparcial. La presentación de una apelación interna o externa no garantiza la continuación de sus servicios.

Para asegurarse de que continúen sus servicios mientras espera la resolución de la apelación, por lo general debe solicitar una audiencia imparcial Y ADEMÁS, dejar en claro que usted quiere que sus servicios continúen. En algunos formularios, esta solicitud queda explícita automáticamente, pero en otros no, así que lea el formulario cuidadosamente. En todos los casos, debe presentar su solicitud dentro de los 10 días de la fecha de notificación o fecha efectiva prevista para la acción propuesta (lo que ocurra con posterioridad).

Se seguirán brindando servicios hasta que usted retire la apelación; hasta que el período original otorgado de cobertura para sus servicios finalice; o hasta que el

funcionario a cargo de la audiencia imparcial del Estado presente una decisión contraria a su solicitud, lo que ocurra primero.

Si el funcionario a cargo de la audiencia imparcial del Estado revierte nuestra decisión, deberemos asegurarnos de que usted reciba los servicios en cuestión inmediatamente y tan rápido como lo requiera su condición de salud. Si mientras su apelación se encontraba pendiente usted recibió los servicios en cuestión, seremos responsables del pago por los servicios cubiertos que ordene el funcionario a cargo de la audiencia imparcial.

Aunque usted puede solicitar continuar recibiendo servicios mientras espera la decisión de la audiencia imparcial, si la audiencia imparcial no se resuelve a su favor, usted será responsable de pagar los servicios sujetos a disputa en la audiencia imparcial.

Puede presentar la audiencia imparcial del estado comunicándose con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para pacientes con discapacidad:

- Formulario de solicitud en línea:
<https://errswebnet.otda.ny.gov/errswebnet/erequestform.aspx>

- Envíe un formulario de solicitud impreso por correo a:

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

- Envíe un formulario de solicitud impreso por fax a: (518) 473-6735

- Solicitud por teléfono:

Línea de audiencia estatal estándar – 1 (800) 342-3334
Línea de audiencia estatal de emergencia – 1 (800) 205-0110
Línea TTY – 711 (solicite al operador que llame al 1 (877) 502-6155)

- Solicitud en persona:

New York City
14 Boerum Place, piso 1
Brooklyn, New York 11201

Albany
40 North Pearl Street, piso 15
Albany, New York 12243

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

Apelación externa al Estado

Si denegamos su apelación porque determinamos que el servicio no es necesario desde el punto de vista médico, es experimental o de investigación, usted puede solicitar una apelación externa al Estado de Nueva York. La decisión de la apelación externa es tomada por revisores que no trabajan para nosotros ni para el Estado de Nueva York. Estos revisores son personas calificadas que han sido aprobadas por el Estado de Nueva York. Usted no tiene que pagar nada para presentar una apelación externa.

Cuando tomamos la decisión de denegar una apelación por falta de necesidad médica o porque el servicio es experimental o de investigación, le brindaremos información sobre cómo presentar una apelación externa, incluyendo un formulario para presentar la apelación externa junto con nuestra decisión de denegar la apelación. Si usted desea realizar una apelación externa, debe presentar el formulario al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York dentro de los cuatro meses a partir de la fecha en que denegamos su apelación.

Se tomará una decisión con respecto a su apelación externa dentro de un plazo de 30 días. Si el revisor a cargo de la apelación externa pide información adicional, se puede requerir más tiempo (hasta 5 días hábiles). El revisor le informará a usted y a nosotros la decisión final dentro de los dos días hábiles después de que se tome una decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico dice que una demora causaría un grave daño a su salud. Esto se llama apelación externa acelerada. El revisor a cargo de la apelación externa decidirá acerca de una apelación acelerada en 3 horas o menos y le informará de inmediato la decisión a usted y a nosotros por teléfono o por fax. Luego, se le enviará una carta para informarle la decisión.

Puede solicitar ambas, una audiencia imparcial y una apelación externa. Si solicita ambas, regirá la decisión del funcionario a cargo de la audiencia imparcial.

Para comunicarse con el Ombudsman para los participantes

También puede llamar a la Red en Defensa del Consumidor Independiente (*Independent Consumer Advocacy Network, ICAN*) para recibir asesoramiento independiente y gratuito sobre su cobertura, reclamos y opciones de apelación.

Pueden ayudarle a tramitar el proceso de apelación. Comuníquese con ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

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

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

15. Sus derechos y obligaciones como afiliado a Montefiore Diamond Care

Como afiliado a Montefiore Diamond Care, usted tiene derecho a:

1. Recibir la atención médica necesaria.
2. Acceder de manera oportuna a atención y servicios médicos.
3. Gozar de protección de la privacidad de su historia clínica y siempre que obtenga tratamiento.
4. Obtener información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles expuesta en forma y lenguaje comprensible.
5. Obtener información expuesta en un lenguaje comprensible. Obtener servicios de interpretación sin cargo.
6. Obtener la información necesaria para dar su consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento.
7. Ser tratado con dignidad y respeto.
8. Obtener una copia de sus registros médicos y solicitar que se modifiquen o corrijan.
9. Formar parte de las decisiones sobre su atención médica, incluyendo el derecho a rechazar un tratamiento.
10. No ser objeto de ninguna forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
11. Obtener información independientemente de su sexo, raza, condición de salud, color, edad, origen nacional, orientación sexual, estado civil o religión.
12. Recibir información sobre dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de Montefiore Diamond Care, incluyendo cómo puede obtener beneficios cubiertos por parte de proveedores que no pertenecen a la red en caso de que no se encuentren disponibles en la red del plan.
13. Presentar reclamos al Departamento de Salud del Estado de Nueva York.
14. Presentar reclamos al Departamento Local de Servicios Sociales y utilizar el sistema de audiencia imparcial del Estado de Nueva York.
15. Designar a otra persona para que hable por usted sobre su atención y tratamiento.
16. Tomar decisiones y planes anticipados sobre su atención.

17. Solicitar asistencia a través del programa de Defensa de los Participantes.
18. Recibir información de modo tal de no divulgar su participación en el plan Montefiore Diamond Care (siempre que la inclusión del nombre del Plan no se considere una violación de ese derecho).

Sus obligaciones como afiliado

Para obtener los mejores beneficios de la inscripción a Montefiore Diamond Care, usted tiene las siguientes responsabilidades:

1. Participar activamente en su atención médica y en las decisiones de atención

- Comunicarse abierta y honestamente con su médico y administrador atención médica sobre su salud y su atención.
- Realizar preguntas para asegurarse de comprender su plan de servicios y las consecuencias de no respetar su plan de servicios. Su plan de atención y las modificaciones a su plan de atención serán discutidas y documentadas como parte de nuestra visita mensual de administración de la atención.
- Participar en las decisiones de atención y continuar a cargo de su propia salud.
- Llevar a cabo sus propios cuidados de acuerdo con lo planificado.
- Asistir a las citas o informar al administrador de atención médica sobre la necesidad de cambiar las citas.
- Utilizar los servicios de los proveedores de Montefiore Diamond Care para recibir atención, salvo en casos de emergencia.
- Notificar a Montefiore Diamond Care si recibe servicios de salud por parte de otro proveedor de la red.
- Participar en la elaboración de políticas escribiéndonos, llamándonos o formando parte del consejo consultivo de afiliados.

2. Apoyar el programa de Montefiore Diamond Care

- Expresar de forma adecuada opiniones, inquietudes y sugerencias de las siguientes maneras, incluyendo pero no limitándose a expresar sus opiniones o inquietudes al administrador de atención médica o por medio del proceso de reclamos y apelaciones de Montefiore Diamond Care.
- Revisar el Manual para el afiliado y respetar los procedimientos para recibir servicios.
- Respetar los derechos y la seguridad de todas aquellas personas

involucradas en su atención y ayudar a Montefiore Diamond Care a mantener un entorno de hogar seguro.

- Notificar al administrador de atención médica de Montefiore Diamond Care si usted:
 - se aleja del área de servicios
 - se muda o tiene un nuevo número telefónico
 - cambia de médicos
 - sufre algún cambio en su estado de salud que pueda afectar nuestra capacidad para brindarle atención

Puede llamarnos al **1-855-556-6683 (TTY 711)** o escribirnos a:

Montefiore Diamond Care
Box 800
200 Corporate Boulevard South, Suite 200
Yonkers, NY 10701

Notificación de información disponible bajo solicitud

La siguiente información está disponible mediando solicitud del afiliado:

- Los procedimientos de Montefiore Diamond Care para proteger la confidencialidad de los registros médicos y otra información del afiliado.
- Información relacionada con los reclamos del afiliado e información consolidada sobre reclamos y apelaciones.
- Una descripción escrita de la modalidad de organización y los procedimientos vigentes del Programa de Garantía de Calidad de Montefiore Diamond Care.
- Mediando solicitud por escrito, los criterios de revisión clínica específicos por escrito referidos a una condición o enfermedad particular y, cuando corresponda, otra información clínica que Montefiore Diamond Care considere en su revisión de la utilización y cómo fue utilizada en el proceso de revisión, estableciéndose sin embargo que debido a que dicha información es propiedad de Montefiore Diamond Care, el afiliado o potencial afiliado deben utilizar la información sólo a los efectos de ayudar al afiliado/potencial afiliado a evaluar los servicios cubiertos proporcionados por Montefiore Diamond Care.
- Afiliaciones de los profesionales a hospitales participantes y otros centros.
- Matriculación, certificación y acreditación de los proveedores participantes.

16. Información importante sobre Directivas anticipadas

Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre su atención médica. Las leyes estatales y federales otorgan a los adultos del Estado de Nueva York el derecho a aceptar o rechazar tratamientos médicos, lo que incluye tratamientos de soporte vital en caso de una enfermedad o lesión grave. Sus instrucciones pueden quedar registradas en un documento llamado *Directiva anticipada*. Montefiore Diamond Care le recomienda pensar acerca de esto ahora, antes de que ocurra alguna situación grave.

Preparar las Directivas anticipadas lo ayudará a asegurarse de que se cumplan sus deseos con respecto a la atención médica. Existen diversos tipos de Directivas anticipadas:

- Testamento vital
- Poder legal
- Poder legal indefinido para la atención médica
- Poder especial para decisiones de atención médica
- Órdenes de no reanimación

La decisión de completar una Directiva anticipada y elegir el tipo de Directiva anticipada más adecuado recae en usted. Las leyes prohíben la discriminación en la atención médica basada en las decisiones de su Directiva anticipada.

Si desea obtener más información acerca de las Directivas anticipadas, comuníquese con el Administrador de atención médica llamando al 1-855-55-MONTE (1-855-556-6683) de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Su proveedor de atención primaria también puede brindarle más información acerca de las Directivas anticipadas.

17. Protección de la confidencialidad del afiliado

La política de Montefiore Diamond Care es proteger su confidencialidad y la de su familia. Para proteger su confidencialidad:

- Toda la información de su historia clínica es confidencial. El personal protege su información contra la divulgación accidental de información salvaguardando los registros e informes de su uso no autorizado.
- Todas las solicitudes de información serán revisadas por el encargado de cumplimiento de la HMO de Montefiore para proteger su derecho a la privacidad. Sólo se enviará la información necesaria a las agencias comunitarias, hospitales y centros de atención a largo plazo para asegurar la continuidad de su atención. Se copiará o compartirá la información a estas agencias sólo si usted o su designado han firmado una autorización a la HMO

de Montefiore para proporcionar información médica, de enfermería y psicosocial al centro en cuestión.

- La HMO de Montefiore sólo permitirá a representantes legalmente autorizados por la HMO de Montefiore revisar y solicitar copias de su historia clínica y otros registros de servicios cubiertos que se le proporcionaron de acuerdo con el consentimiento escrito que se le solicitó que firme para autorizar a Montefiore Diamond Care a compartir dicha información.
- Montefiore Diamond Care respetará todas las leyes federales y estatales de Nueva York referidas a la confidencialidad, incluyendo aquella información que se relacione con los resultados de pruebas de VIH.
- Montefiore Diamond Care conservará todos los registros sobre su persona por un período de por lo menos siete años después de su desafiliación. Los registros médicos y financieros de Montefiore Diamond Care son, y continuarán siendo, propiedad de Montefiore Diamond Care, con excepción de lo dispuesto por las leyes, regulaciones federales y estatales, y las políticas y procedimientos de Montefiore Diamond Care.
- Cualquier solicitud de información sobre la atención que usted recibió por parte de agencias de seguridad, tales como la policía o la Oficina del Fiscal del Distrito, se comunicarán al encargado de cumplimiento de la HMO de Montefiore antes de brindar cualquier información para asegurar que se obtuvo la autorización apropiada.

18. Programa de garantía y mejoramiento de la calidad

Montefiore Diamond Care cuenta con un sistema de gestión de calidad para controlar y evaluar en forma sistemática la calidad y pertinencia de la atención y los servicios. Este Sistema integral de gestión de calidad debe cumplir los estándares de salud y de garantía de la calidad de atención a largo plazo del Estado de Nueva York.

Nuestro Sistema de gestión de calidad identifica las oportunidades para mejorar:

- La calidad del servicio prestado;
- La administración de cuidados, incluyendo la disponibilidad, el acceso y la continuidad;
- La identificación y corrección de las prácticas operativas y de administración de cuidados;
- Los resultados de las áreas clínicas, no clínicas y funcionales.

El Sistema de gestión de calidad incluye un plan para identificar las áreas en las que es preciso mejorar, un proceso para la mejora continua del desempeño, una revisión de las credenciales de todos los proveedores que brindan atención o

servicios, el mantenimiento de los registros de información de salud y la revisión de la utilización de servicios.

Apreciamos sus sugerencias y opiniones en relación con la mejora de la calidad.

Observaciones

Observaciones