Manual para miembros

Obtenga más información sobre sus beneficios de atención médica

AetnaBetterHealth.com/NewYork

aetna®

Aetna Better Health® of New York

1376310-NY-SP (rev 2024)

Información personal

Nombre y número de teléfono del administrador de atención

Nombre y número de teléfono del auxiliar de administrador de atención

Número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros
1-855-456-9126

Aetna Better Health of New York

Programa de cuidado administrado a largo plazo (MLTC)

Manual para miembros

376310-NY-ES (rev. 6/24)

CONTENIDO

Contenido

Manual para inscritos 4
Cómo comunicarse con nosotros 4
Lista de servicios 4
Otros idiomas/formatos 5
ELEGIBILIDAD PARA LA INSCRIPCIÓN EN EL PLAN MLTC 8
PROGRAMA DE ASESOR INDEPENDIENTE DE NEW YORK: PROCESO DE EVALUACIÓN INICIAL 9
Tarjeta (de identificación) de miembro del plan 11
Servicios cubiertos adicionales 13
Limitaciones 14
Obtener atención fuera del área de servicio 15
Servicio de emergencia 15
PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN DE TRANSICIÓN 15
EL DINERO SIGUE A LA PERSONA (MFP)/PUERTAS ABIERTAS 15
SERVICIOS DE MEDICAID QUE NO ESTÁN CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN 16
Servicios de farmacia 16
Determinados servicios de salud mental, como los siguientes: 16
Determinados servicios para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo como los siguientes: 17
Otros servicios de Medicaid, como los siguientes: 17
Programación de transporte médico que no es de emergencia 17
SERVICIOS NO CUBIERTOS POR AETNA BETTER HEALTH OF NEW YORK O MEDICAID 17
Pasos para la autorización de un servicio 18
Autorización previa 18
Revisión simultánea 19
Revisión retrospectiva 19
¿Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicio? 19
Plazos para solicitudes de autorización previa 20
Plazo para solicitudes de revisión concurrente 20
Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada sobre su solicitud de servicio, los plazos mencionados se pueden extender hasta 14 días. Nosotros haremos lo siguiente: 20
¿Qué es una acción? 21
Plazo del aviso de acción 21
Contenidos del aviso de acción 21
¿Cómo presento una apelación de una acción? 22
¿Cómo me comunico con mi plan para presentar una apelación? 22
Para algunas acciones puede solicitar continuar el servicio durante el proceso de apelación 22
¿Cuánto tiempo le tomará al plan tomar una decisión sobre mi apelación de una acción? 22

Proceso de apelación acelerada 23
Si el plan deniega mi apelación, ¿qué puedo hacer? 23
Audiencia Imparcial del Estado 24
Albany 25
Apelaciones externas del estado....25
RECLAMOS Y APELACIONES DE RECLAMOS 26
¿Qué es un reclamo? 26
El proceso de reclamo 26
¿Cómo apelo una decisión sobre un reclamo? 27
Defensor de los participantes 27
CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN DEL PLAN MLTC DE AETNA BETTER HEALTH OF NEW YORK....27
Cancelación voluntaria de la inscripción....28
Traslados....28
Cancelación involuntaria de la inscripción.... 29
Deberá abandonar Aetna Better Health of New York por los siguientes motivos: 29
Podemos pedirle que abandone Aetna Better Health of New York por los siguientes motivos: 29
COMPETENCIA CULTURAL Y LINGÜÍSTICA.... 30
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS 30
Derechos de los miembros.... 30
Instrucciones anticipadas.... 31
Obtener más información a pedido....32
Aviso sobre prácticas de privacidad 33
AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN 37
Servicios de traducción.... 39

Le damos la bienvenida a

Plan de cuidado administrado a largo plazo (MLTC) de Aetna Better Health of New York

Gracias por elegirnos. Esperamos poder brindarle ayuda con sus necesidades de atención médica. Si tiene preguntas o problemas para recibir los servicios, estamos a su disposición para ayudarlo. La información que se detalla a continuación lo ayudará a comenzar.

El plan MLTC está diseñado especialmente para las personas que tienen Medicaid y necesitan Servicios y apoyos a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS), como atención en el hogar y atención personal, para permanecer en sus hogares y comunidades si es posible.

Manual para inscritos
En este manual, se proporciona información sobre los beneficios adicionales de su cobertura de Aetna Better Health of New York ahora que está inscrito en el plan. Además, le explica cómo solicitar un servicio, presentar un reclamo o cancelar su inscripción en Aetna Better Health of New York.

Conserve este manual como referencia, ya que incluye información importante sobre cómo utilizar el plan de salud para obtener servicios de salud. También debería responder a sus preguntas. Tómese un par de minutos para leerlo y guárdelo en un lugar seguro. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-456-9126**.

Tarjeta de identificación para inscritos
Ya debería haber recibido su tarjeta de identificación de inscrito. Llévela con usted y úsela siempre que necesite servicios de atención médica que cubra Aetna Better Health. Esto es muy importante, así que cuídela. Nunca deje que otra persona use su tarjeta de identificación.

Cómo comunicarse con nosotros
Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-456-9126**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Para las personas con problemas auditivos, utilice el número de retransmisión de New York **711** o **1-877-662-4886 TTY/voz**. El número de retransmisión de New York puede comunicarlo con cualquier persona, en cualquier lugar, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Lista de servicios
Los servicios cubiertos son servicios que pagaremos porque usted está inscrito en Aetna Better Health of New York y tiene Medicaid. Nuestros proveedores de la red deben brindar estos servicios. El servicio exacto y la frecuencia y duración del servicio dependen de sus afecciones médicas y de sus necesidades sociales y de salud. La lista completa de los servicios se puede encontrar en la página 14.

Si desea un servicio y su proveedor se niega a brindarlo por razones morales o religiosas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-855-456-9126**. Lo ayudaremos

a encontrar un proveedor para el servicio cubierto o conseguiremos una enfermera que lo ayude a obtener los servicios adecuados. No debería recibir una factura ni pagar por los servicios cubiertos. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si eso ocurre.

Otros idiomas/formatos

Esta es información importante sobre sus beneficios de atención médica. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-456-9126** o, si tiene problemas auditivos/es usuario de TTY, llame al número de retransmisión de New York **711** para obtener una versión traducida de esta información. Para las personas con problemas auditivos, el número de retransmisión de New York puede comunicarlas con cualquier persona, en cualquier lugar, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

這是關於您醫療福利的重要信息。請撥打 **1-855-456-9126** 聯絡會員服務部，或使用聽力障礙人士專用電話 TTY 時，撥打 **711** NY Relay, 索取此信息之翻譯版本。NY Relay 專為聽力障礙人士提供每週 7 天、每天 24 小時的全日服務，以便您隨時聯繫。

Это важная информация о покрываемых нами видах медицинской помощи («бенефитах»). Для получения перевода этой информации на ваш язык позвоните в Отдел помощи нашим клиентам по телефону **1-855-456-9126**. Если вы слабослышащий, воспользуйтесь телефоном с текстовым выходом (TTY) через коммутаторную линию Нью-Йорка **711**. Коммутаторная линия Нью-Йорка позволяет лицам с нарушениями слуха связаться с кем угодно, где угодно в любое время суток 7 дней в неделю.

Información útil		
Nombre	**Teléfono, fax, correo electrónico**	**Dirección**
Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of New York	**1-855-456-9126** Fax: **1-855-863-6421** Sitio web: **AetnaBetterHealth.com/NewYork**	Aetna Better Health of NY 101 Park Avenue 15th Floor New York, NY 10178
Servicios para personas con problemas auditivos	Número de retransmisión de New York: **7-1-1**	
Servicios médicos de emergencia	**9-1-1**	
Servicios dentales proporcionados por LIBERTY	**1-855-225-1727** **(TTY 877-855-8039)**	
Servicios de la vista proporcionados por EyeQuest	**1-855-873-1282** Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 8:00 p. m.	
Servicios de interpretación	Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of New York al **1-855-456-9126**.	
Quejas y Apelaciones	Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of New York al **1-855-456-9126**. Fax: **1-855-264-3822**	New York Grievance & Appeals Department Att.: Civil Rights Coordinator PO Box 818001 Cleveland OH 44181-8001
Línea directa de fraude y abuso	Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health al **1-855-456-9126**.	
Condado de Nassau Departamento de servicios sociales (Department of Social Services, DSS)	**516-227-7474**	
Condado de Suffolk Departamento de servicios sociales (Department of Social Services, DSS)	**631-854-9935**	

Información útil		
Nombre	**Teléfono, fax, correo electrónico**	**Dirección**
Administración de Recursos Humanos (HRA) de la ciudad de New York	**1-877-422-8411**	
Departamento para las Personas de Edad Avanzada de New York	Para obtener más información sobre programas y servicios para personas mayores y personas con necesidades especiales, llame al **518-474-7012**.	
Departamento de Servicios Financieros del Estado de New York	**1-800-400-8882**	New York State Department of Financial Services PO Box 7209 Albany NY, 12224-0209
Oficina de Cuidado Administrado a Largo Plazo del Departamento de Salud del Estado de New York Estado de New York Departamento de Salud (reclamos)	Para obtener información adicional sobre las iniciativas de atención administrada a largo plazo del estado, llame al **1-866-712-7197**.	
New York Medicaid Choice (Maximus)	**1-888-401-6582**	
Servicios de respuesta de Medicaid (MAS)	Visite **https://www.medanswering.com/** o llame al **1-844-666-6270**.	

AYUDA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS

Puede llamarnos en cualquier momento, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura a continuación.

El Departamento de Servicios para Miembros está a su disposición para ayudarlo:

- **1-855-456-9126,** durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Llame al **1-855-456-9126 (Número de retransmisión de New York: 711)** para personas con problemas auditivos.

Los miembros pueden recibir información en otro idioma o, si tienen problemas auditivos o de la vista, pueden llamar al administrador de casos o a un representante del Departamento de Servicios para Miembros.

ELEGIBILIDAD PARA LA INSCRIPCIÓN EN EL PLAN MLTC

El plan MLTC es para las personas que tienen Medicaid. Es elegible para inscribirse en el plan si cumple los siguientes requisitos:

1. Es mayor de 21 años.
2. Reside en el área de servicio del plan, que son Manhattan, Brooklyn, Queens, Bronx, Nassau y Suffolk.
3. Tiene Medicaid.
4. Tiene solo Medicaid **y** es elegible para recibir atención en un hogar de convalecencia.
5. Ser capaz, en el momento de la inscripción, de regresar o permanecer en su hogar y comunidad sin poner en peligro su salud y seguridad. ***Y***
6. Se espera que necesite al menos uno de los siguientes Servicios y apoyos a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS) cubiertos por el plan MLTC durante un período continuo de más de 120 días a partir de la fecha de inscripción:
    A. Servicios de enfermería en el hogar
    B. Terapias en el hogar
    C. Servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio
    D. Servicios de atención personal en el hogar
    E. Atención médica diurna para adultos
    F. Atención de enfermería privada
    G. Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor

La cobertura que se explica en este manual entra en vigencia en la fecha de su inscripción en el plan MLTC de Aetna Better Health of New York. La inscripción en el plan MLTC es voluntaria.

PROGRAMA DE ASESOR INDEPENDIENTE DE NEW YORK: PROCESO DE EVALUACIÓN INICIAL

A partir del 16 de mayo de 2022, el Centro de Evaluación e Inscripción Libre de Conflicto (CFEEC) pasó a llamarse Asesor Independiente de New York (NYIAP). El NYIAP administrará el proceso de evaluación inicial. El NYIAP iniciará las evaluaciones iniciales aceleradas en una fecha posterior. El proceso de evaluación inicial incluye completar lo siguiente:

- ***Evaluación de salud comunitaria*** **(CHA):** La CHA se utiliza para comprobar si necesita atención personal y/o servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (PCS/ CDPAS) y es elegible para la inscripción en un plan de cuidado administrado a largo plazo.
- ***Cita médica y orden del médico (PO):*** La PO registra su cita médica e indica lo siguiente:
- Que necesita ayuda con las actividades diarias.
- Que su afección médica está estable por lo que puede recibir PCS y/o CDPAS en su hogar.

El NYIAP programará la CHA y la cita médica. Un enfermero certificado (RN) capacitado completará la CHA. Después de la CHA, un médico del NYIAP completará una cita médica y una PO unos días después.

Aetna Better Health of New York utilizará los resultados de la CHA y la PO para comprobar qué tipo de ayuda necesita y creará su plan de atención. Si su plan de atención propone PCS o CDPAS por más de 12 horas por día en promedio, será necesaria otra revisión por parte del Panel de Revisión Independiente (IRP) del NYIAP. El IRP es un panel de profesionales médicos que revisará la CHA, la PO, el plan de atención y cualquier otro documento médico. Si necesita más información, alguien del plan puede examinarlo o analizar sus necesidades con usted. El IRP hará una recomendación a Aetna Better Health of New York sobre si el plan de atención médica satisface sus necesidades.

Una vez que el NYIAP completa los pasos de la evaluación inicial y determina que usted es elegible para recibir cuidado administrado a largo plazo de Medicaid, usted elige en qué plan de cuidado administrado a largo plazo inscribirse.

1. Si es nuevo en el plan de cuidado administrado a largo plazo o está inscrito en otro plan de cuidado a largo plazo y desea cambiarse, puede llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-456-9126** y un representante del Departamento de Servicios para Miembros estará disponible para anotar su información.

2. Su información se enviará a los especialistas de admisión de inscripciones, que se comunicarán con usted para confirmar su interés en los servicios de MLTC con Aetna Better Health of New York y para revisar que su Medicaid sea elegible para recibir servicios de MLTC.

3. El especialista de admisión de inscripción programará una cita para que un enfermero de evaluación certificado lo llame y analice con usted el resultado de la evaluación inicial (CHA y PO), completada por el NYIAP, y para desarrollar un plan de servicio centrado en la persona (PCSP).

La evaluación del NYIAP nos permitirá saber el tipo de atención que necesita en función de su salud y su capacidad para realizar las actividades diarias. Durante la revisión, haremos lo siguiente:

- Ayudarle a completar la solicitud de inscripción y la solicitud de Medicaid, si fuera necesario. Su solicitud para Aetna Better Health se mantendrá hasta que su solicitud de Medicaid sea aprobada.
- Si usted solicita Medicaid al mismo tiempo que se inscribe en Aetna Better Health of New York; la inscripción puede tardar al menos uno o dos meses más que si ya tuviera Medicaid activo.
- Revisar este manual para miembros detalladamente, este manual incluye información sobre políticas y procedimientos, y es una parte importante de su acuerdo de inscripción en este programa. Se incluyen los derechos y responsabilidades del miembro.
- Revisar el directorio de proveedores.
- Desarrollar un plan de atención propuesto con usted y cualquier otra persona que participe en su cuidado, como miembros de la familia.

4. La revisión de la CHA y la PO o una evaluación inicial de parte de Aetna Better Health of New York se debe llevar a cabo dentro de los treinta (30) días del primer contacto de una persona que solicita la inscripción o de haber recibido una remisión para el corredor de inscripciones.

5. La inscripción en Aetna Better Health of New York es voluntaria, si está interesado en inscribirse y reúne los requisitos para convertirse en miembro de Aetna Better Health, usted o su representante deben firmar lo siguiente:

- Un acuerdo de inscripción.
- Un Formulario de solicitud de privacidad. Esto le permite al administrador de atención hablar con su proveedor de atención primaria (su médico) sobre su plan de atención.
- Una autorización para una evaluación de enfermería. Esto le permite a nuestro personal de enfermería completar su evaluación.
- Su plan de servicio centrado en la persona (PCSP).
- Plan de contingencia/apoyo del miembro.
- Memorándum de acuerdo para los servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (si corresponde).
- Formulario de consentimiento de Healthix (opcional).

Antes o después de firmar, si elige no inscribirse, puede retirar su solicitud o acuerdo de inscripción antes del mediodía del día 20 del mes anterior a la fecha de entrada en vigor de la inscripción expresando sus deseos de forma oral o escrita, y se le enviará un acuse de recibo por escrito de su retiro.

Si decide inscribirse en Aetna Better Health of New York, enviaremos su solicitud a New York Medicaid Choice. New York Medicaid Choice revisará y determinará su solicitud de inscripción. La cobertura que se explica en este manual para miembros entra en vigor en la fecha de entrada

en vigor de su inscripción en Aetna Better Health Plan. La inscripción en Aetna Better Health es voluntaria. Si tiene preguntas sobre nuestro plan o inscripción, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-456-9126**, ya sea miembro de Aetna Better Health o no.

Es posible que le denieguen la inscripción en el plan MLTC de Aetna Better Health of New York si en el momento de la inscripción ocurre lo siguiente:

- No cumple los criterios de elegibilidad que se mencionaron arriba.
- No necesita servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad (CBLTC) por más de 120 días.
- Recibe servicios de hospicio.
- Está recibiendo atención en un centro de la Oficina de Salud Mental (OHM) estatal, en el centro de tratamiento de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD), un centro de vida asistida (ALP) o en un programa de tratamiento residencial a largo plazo por abuso de alcohol o sustancias.
- Se encuentra en el programa de exención de la sección 191S(c) de Servicios basados en el hogar y la comunidad de la OPWDD o lesiones cerebrales traumáticas y de derivación y transición a hogares de convalecencia (NHTD).
- Tiene menos de sesenta y cinco (65) años y está en el programa de detección temprana del cáncer de mama y/o de cuello de útero de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y necesita tratamiento para el cáncer de mama o de cuello de útero y no está cubierto de otro modo por una cobertura de salud acreditable.
- Está previsto que tenga Medicaid durante menos de 6 meses, tiene Medicaid de emergencia, está en la Demostración de cuidado de familia adoptiva o está en el programa de extensión de planificación familiar.

Si es nuevo en Aetna Better Health y recibe un tratamiento continuo de un proveedor que no forma parte de nuestra red, puede continuar el tratamiento durante un plazo de hasta 90 días a partir del día en que se inscriba en Aetna Better Health. Para continuar el tratamiento, su proveedor debe hacer lo siguiente:

- Aceptar la tasa de pago de Aetna Better Health.
- Cumplir con las políticas de Aetna Better Health, incluida la garantía de calidad.
- Proporcionar información médica sobre la atención a Aetna Better Health.

Tarjeta (de identificación) de miembro del plan

Recibirá su tarjeta de identificación (ID) de Aetna Better Health of New York dentro de los 10 días de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción. Verifique que toda la información en su tarjeta sea correcta. Asegúrese de llevar siempre su tarjeta de identificación junto con su tarjeta de Medicaid. Si pierde o le roban la tarjeta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-456-9126**.

SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PLAN MLTC de Aetna Better Health of New York
Servicios de administración de la atención
Como miembro de nuestro plan, recibirá servicios de administración de la atención. Nuestro plan le brindará un administrador de atención, que es un profesional de salud, generalmente un enfermero o trabajador social. Su administrador de atención trabajará con usted y con su médico para decidir qué servicios necesita y desarrollar un plan de atención. Su administrador de atención también programará citas para todos los servicios que necesite. Otra ayuda que puede recibir de su administrador de atención incluye derivarlo o ayudarlo a coordinar sus servicios médicos, sociales, educativos, psicosociales, financieros o de otro tipo que respalden su PCSP. Su administrador de atención lo ayudará a saber si los servicios necesarios están incluidos o no en sus beneficios.

Una vez que acepte convertirse en miembro de Aetna Better Health, su administrador de atención hablará con el miembro del personal de enfermería que realizó la visita a su hogar. Se revisará la información de la visita a su hogar. Luego, su administrador de atención se comunicará con usted para hablar más acerca de sus necesidades. Juntos desarrollarán su Plan de servicio centrado en la persona (PCSP).

Su plan de atención se basa en su estado de salud y sus necesidades de atención médica. Su proveedor de atención primaria puede brindarnos información, hablar con usted y su administrador de atención y ayudar a desarrollar su plan de atención. También recibimos comentarios de su familia, cuidadores y otras personas con las que considere que es importante que hablemos. El plan de atención describirá las horas de atención personal que necesita. El plan de atención enumerará otros servicios que recibirá de Aetna Better Health. El plan de atención describirá los servicios que Aetna Better Health cubrirá y el cronograma para la prestación de los servicios. Su plan de atención es importante. Muestra que todos hemos trabajado juntos para decidir cómo lo ayudaremos. Incluye los servicios que pagaremos para ayudarlo a estar y mantenerse lo más saludable posible.

Después de desarrollar su Plan de servicio centrado en la persona (PCSP), su equipo de atención lo ayudará a obtener toda la atención y los servicios que necesita. El equipo de administración de la atención trabajará con usted para programar citas para cualquier servicio de atención médica que necesite.

Su administrador de atención lo llamará, por lo menos, una vez al mes para ver cómo se encuentra. El equipo de administración de la atención de Aetna Better Health ofrecerá una visita en el hogar como mínimo una vez cada seis (6) meses, que se puede incluir como parte de su reevaluación.

a) Asegúrese de que el tipo de administración de la atención y el plan de atención que reciba como inscrito se basen en la gravedad de su enfermedad y abarquen tanto su cuerpo como su mente.
b) Usted, como inscrito, recibirá capacitación sobre los servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS) y otras opciones de servicio cuando se elabore su plan de atención después de la visita al hogar con nuestro enfermero.

c) Su administrador de atención se comunicará con usted con respecto a todas sus solicitudes. Siempre tendrá el número de teléfono de su administrador de atención.

Los servicios comenzarán el primer día del mes después de que se apruebe su solicitud de inscripción. Su equipo de administración de la atención lo ayudará a coordinar su atención, como consultas al médico, medicamentos con receta e internaciones en hospitales con otros proveedores de atención. Puede participar en su atención al compartir con su equipo de administración de la atención sus necesidades e inquietudes para que pueda continuar viviendo de forma independiente en su comunidad. Usted y su equipo de administración de la atención revisarán su plan de atención al menos dos veces al año. El equipo de atención también puede revisar su plan de atención si su afección cambia a fin de asegurarse de que reciba los servicios que necesita.

Servicios cubiertos adicionales
Dado que tiene Medicaid y reúne los requisitos para MLTC, nuestro plan organizará y pagará los servicios sociales y de salud adicionales que se describen a continuación. Puede obtener estos servicios siempre que sean médicamente necesarios, es decir, que sean necesarios para prevenir o tratar una enfermedad o discapacidad. Su administrador de atención lo ayudará a identificar los servicios y proveedores que necesita. En algunos casos, puede necesitar una remisión o una orden de su médico para obtener estos servicios. Debe obtener estos servicios de los proveedores de la red de Aetna Better Health of New York. Si no puede encontrar un proveedor en nuestro plan, debe obtener servicios cubiertos de proveedores de la red de Aetna Better Health. Puede obtener una remisión para consultar a un proveedor de atención médica fuera de la red en caso de que Aetna Better Health no tenga un proveedor con la capacitación o la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades. Si necesita un proveedor fuera de la red, comuníquese con su equipo de administración de la atención para que lo ayude a obtener una autorización.

Cuando utilice un proveedor fuera de la red de Aetna Better Health para los servicios cubiertos, debe obtener una autorización de Aetna Better Health antes de consultar al proveedor. Sin obtener primero la autorización requerida, no se le pagará al proveedor por los servicios brindados. Si tiene preguntas sobre este proceso, comuníquese con su equipo de administración de la atención o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-456-9126.**

Si desea un servicio y su proveedor se niega a brindarlo por razones morales o religiosas, llame a su equipo de administración de la atención o al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-855-456-9126**. Lo ayudarán a encontrar un proveedor que le brinde el servicio cubierto.

No debería recibir una factura ni pagar por los servicios cubiertos. Comuníquese con su equipo de administración de la atención o con el Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-855-456-9126** si esto sucede.

- Rehabilitación para pacientes externos.
- Atención personal (como ayuda para bañarse, comer, vestirse, ir al baño y caminar).
- Los servicios de atención médica a domicilio no cubiertos por Medicare, como enfermería, auxiliar de atención médica a domicilio, terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla.
- Nutrición.
- Servicios sociales médicos.
- Entrega de comidas a domicilio o comidas en un entorno grupal, como atención diurna.
- Atención diurna social.
- Atención de enfermería privada.
- Servicios.
- Apoyos sociales/ambientales (como servicios para tareas hogareñas, modificaciones del hogar o atención de relevo).
- Sistema personal de respuesta ante emergencias.
- Atención médica diurna para adultos.
- Atención en un hogar de convalecencia sin cobertura de Medicare (siempre que sea elegible para Medicaid institucional).
- Audiología.
- Equipos médicos duraderos (DME).
- Suministros médicos.
- Dispositivos ortésicos y protésicos.
- Optometría.
- Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor.
- Podiatría.
- Terapia respiratoria.

Limitaciones

La fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limitan a las personas que no pueden obtener nutrición por ningún otro medio y a las siguientes afecciones:

1. Personas alimentadas por sonda que no pueden masticar ni tragar alimentos y deben nutrirse con fórmula por sonda. ***Y***
2. Personas con trastornos metabólicos congénitos poco frecuentes que precisan fórmulas médicas específicas que les aporten nutrientes esenciales no disponibles por otros medios.

La cobertura de determinadas enfermedades hereditarias del metabolismo de los aminoácidos y de los ácidos orgánicos incluirá los productos alimenticios sólidos modificados bajos en proteínas o que contengan proteínas modificadas.

La atención en un hogar de convalecencia está cubierta para las personas a las que se considera una colocación permanente durante al menos tres meses. Después de ese período, su atención en el hogar de convalecencia puede estar cubierta a través de Medicaid regular y se cancelará su inscripción en Aetna Better Health of New York.

Obtener atención fuera del área de servicio

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

Servicio de emergencia

Servicio de emergencia implica el inicio repentino de una afección que representa una amenaza grave para su salud. En caso de emergencia médica, llame al 911. Como ya se ha mencionado, no se requiere autorización previa para los servicios de emergencia. No obstante, debe notificar a Aetna Better Health of New York dentro de las 24 horas de la emergencia. Puede necesitar servicios de cuidado a largo plazo que solo se pueden brindar a través de Aetna Better Health of New York. Si está hospitalizado, un familiar u otro cuidador debe comunicarse con Aetna Better Health dentro de las 24 horas de la internación. Su administrador de atención suspenderá sus servicios de atención médica a domicilio y cancelará otras citas, según sea necesario. Notifique a su médico de atención primaria o al planificador de altas del hospital para que se comunique con Aetna Better Health of New York, así podremos trabajar con ellos para planificar su atención luego del alta hospitalaria.

PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN DE TRANSICIÓN

Los miembros nuevos de Aetna Better Health of New York pueden continuar un tratamiento en curso durante un período de transición de hasta 60 días a partir de la inscripción con un proveedor de atención médica que no pertenezca a la red si el proveedor acepta el pago según la tarifa del plan, se adhiere a las políticas de control de calidad y a otras políticas de Aetna Better Health of New York y proporciona información médica sobre la atención a su plan.

Si su proveedor abandona la red, se puede continuar con un tratamiento en curso durante un período de transición de hasta 90 días si el proveedor acepta el pago según la tarifa del plan, se adhiere a las políticas de control de calidad del plan y demás políticas y proporciona información médica sobre la atención al plan.

EL DINERO SIGUE A LA PERSONA (MFP)/PUERTAS ABIERTAS

Esta sección explicará los servicios y apoyos disponibles mediante el programa **El dinero sigue a la persona (MFP)/Puertas abiertas**. MFP/Puertas abiertas es un programa que puede ayudarlo a mudarse de un hogar de convalecencia a su hogar o a una residencia en la comunidad. Puede reunir los requisitos para el programa MFP/Puertas abiertas si cumple con lo siguiente:

- Debe haber vivido en un hogar de convalecencia durante tres meses o más.
- Debe tener necesidades médicas que se puedan satisfacer a través de los servicios en su comunidad.

El programa MFP/Puertas abiertas cuenta con personas, llamadas compañeros y especialistas en transición, que pueden reunirse con usted en el hogar de convalecencia y hablarle sobre cómo regresar a la comunidad. Los compañeros y especialistas en transición son diferentes de los administradores de atención y los planificadores de altas. Pueden hacer lo siguiente para ayudarlo:

- Darle información sobre servicios y apoyos en la comunidad.
- Encontrar servicios ofrecidos en la comunidad para ayudarlo a ser independiente.
- Visitarlo o llamarlo luego de que se haya mudado para asegurarse de que tenga lo que necesita en su hogar.

Para obtener más información sobre el programa MFP/Puertas abiertas o para programar una consulta con un compañero o especialista en transición, llame a la Asociación para la Vida Independiente de New York al **1-844-545-7108** o envíe un correo electrónico a **mfp@health.ny.gov**. También puede visitar el sitio web con información del programa MFP/Puertas abiertas en **www.health.ny.gov/mfp** o **www.ilny.org**.

SERVICIOS DE MEDICAID QUE NO ESTÁN CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN

Existen algunos servicios de Medicaid que Aetna Better Health of New York no cubre, pero que pueden estar cubiertos por Medicaid regular. Puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid si usa su tarjeta de beneficios de Medicaid. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-456-9126** si tiene preguntas sobre si un beneficio está cubierto por Aetna Better Health of New York o por Medicaid. Algunos de los servicios que Medicaid cubre con su tarjeta de beneficios de Medicaid son los siguientes:

Servicios de farmacia

La mayoría de los medicamentos con y sin receta, así como los medicamentos compuestos, están cubiertos por Medicaid o por la Parte D de Medicare si tiene Medicare.

Determinados servicios de salud mental, como los siguientes:

- Tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica
- Tratamiento diurno
- Administración de casos para personas con enfermedades mentales graves y persistentes (patrocinado por unidades de salud mental estatales o locales)
- Atención hospitalaria parcial no cubierta por Medicare
- Servicios de rehabilitación para personas en hogares comunitarios o en tratamientos familiares
- Tratamiento diario continuo
- Assertive Community Treatment (Tratamiento comunitario de reafirmación personal)
- Servicios personalizados orientados a la recuperación

Determinados servicios para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo como los siguientes:

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

Otros servicios de Medicaid, como los siguientes:

- Tratamiento con metadona
- Tratamiento para la tuberculosis (TB) supervisado directamente
- Administración de casos de COBRA para el VIH
- Planificación familiar

Programación de transporte médico que no es de emergencia

A partir del 1 de marzo de 2024, Aetna Better Health of New York 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 Aetna Better Health Plan, un plan de capitación parcial, ahora serán organizados por el agente de transporte estatal del Departamento de Salud del Estado de New York, conocido como "servicios de respuesta médica" (MAS). Esto no cambiará ninguno de sus otros beneficios médicos.

Para organizar un transporte médico que no sea de emergencia a partir del 1 de marzo de 2024 o después de esa fecha, usted o su proveedor deben comunicarse con los MAS en https://www.medanswering.com/ o llamar al 844-666-6270 (sur del estado) o 866-932-7740 (norte del estado). Si es posible, usted o su proveedor médico deben comunicarse con los MAS al menos tres días antes de su cita médica e indicar 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 la página web sobre transporte del Departamento de Salud.

Determinados fármacos para potenciar la ovulación médicamente necesarios cuando se cumplen los criterios.

SERVICIOS NO CUBIERTOS POR AETNA BETTER HEALTH OF NEW YORK O MEDICAID

Debe pagar los servicios que no estén cubiertos por Aetna Better Health of New York o Medicaid si su proveedor le informa con anticipación que esos servicios no están cubiertos Y usted acepta pagarlos.

Ejemplos de servicios no cubiertos por Aetna Better Health of New York o Medicaid incluyen los siguientes:

- Cirugía estética, si no es médicamente necesaria.
- Productos personales y para la comodidad.
- Servicios de un proveedor que no sea parte del plan (a menos que Aetna Better Health of New York lo haya enviado a ese proveedor).

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-456-9126**.

AUTORIZACIONES DE SERVICIOS, ACCIONES Y APELACIONES DE ACCIONES

Cuando pide que aprueben un tratamiento o servicio, se denomina **solicitud de la autorización de un servicio.** Para presentar una solicitud de la autorización de un servicio, debe realizar lo siguiente.

Pasos para la autorización de un servicio

A continuación, se detallan los pasos necesarios para la aprobación previa:

- Su proveedor le proporciona a Aetna Better Health información sobre los servicios que cree que usted necesita.
- Aetna Better Health revisa la información.
- Si no se puede aprobar la solicitud, un proveedor distinto de Aetna Better Health revisará la información.
- Aetna Better Health le informará cuando tomemos una decisión. Les enviaremos una carta a usted y a su proveedor para informarle sobre nuestra decisión. Usted o su proveedor recibirán una carta cuando se apruebe o deniegue un servicio.
- Si la solicitud es denegada, la carta explicará los motivos de esa decisión.
- Si se le deniega un servicio, usted o su proveedor pueden presentar una apelación.

Autorizaremos servicios por un importe determinado y durante un período concreto.
Esto se denomina **período de autorización.**

Autorización previa

Algunos servicios cubiertos requieren autorización previa (aprobación por adelantado) de nuestro personal de autorización previa para que los reciba o para que pueda seguir recibiéndolos. Usted o una persona de confianza pueden solicitarla. Los siguientes tratamientos y servicios requieren autorización antes de que usted los reciba:

- Atención médica diurna para adultos.
- Atención de un encargado.
- Audiología y audífonos.
- Servicio dental.
- Suplementos alimenticios y asesoramiento nutricional.
- El equipo médico duradero (DME) incluye suministros médicos/quirúrgicos, prótesis, dispositivos ortésicos y calzado ortopédico, bastones, camas de hospital, sillas de ruedas, oxígeno y andadores.

- Atención médica a domicilio: enfermero certificado/especializado (RN o LPN), fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y servicios sociales médicos.
- Atención médica a domicilio: auxiliares de atención médica a domicilio (HHA) no certificados.
- Entrega de comidas a domicilio o comidas en lugares de congregación.
- Suministros médicos.
- Atención en un hogar de convalecencia.
- Atención personal, que incluye tareas domésticas, preparación de comidas, bañarse, ir al baño.
- Sistema de servicios personales de respuesta ante emergencias (PERS).
- Podiatría.
- Dispositivos ortésicos y protésicos.
- Terapia respiratoria, que incluye equipos médicos, suministros, terapia respiratoria y oxígeno.
- Apoyos sociales y ambientales.
- Atención diurna social.
- Terapia del habla.
- Beneficios de la vista.
- Telesalud.
- Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS).

Revisión simultánea
También puede solicitar a su administrador de atención obtener más de un servicio de los que recibe actualmente. Esto se denomina **revisión concurrente.**

Revisión retrospectiva

Algunas veces haremos una revisión sobre la atención que recibe para comprobar si todavía la necesita. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya haya recibido. Esto se denomina **revisión retrospectiva.** Le informaremos si hacemos estas revisiones.

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

El plan cuenta con un equipo de revisiones que se asegura de que usted obtenga los servicios que prometemos. El equipo de revisión está conformado por médicos y enfermeros. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o el servicio que usted solicitó sean médicamente necesarios y adecuados para usted. Para hacer esto, ellos comparan su plan de tratamiento con las normas médicas aceptables.

Podemos decidir rechazar la solicitud de autorización de un servicio o aprobarla por un monto inferior al solicitado. Estas decisiones serán tomadas por un profesional de salud calificado. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión será tomada por un revisor clínico, quien puede ser un médico, un enfermero u otro profesional de salud que generalmente proporciona la atención que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica**, usados para tomar la decisión para acciones relacionadas con la necesidad médica.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos mediante un proceso **estándar** o ***acelerado***. Usted o su médico pueden solicitar una revisión acelerada si considera que una demora puede poner su salud en grave peligro. Si se deniega su solicitud de revisión acelerada, se lo informaremos y su solicitud será manejada conforme al proceso de revisión estándar. Cualquiera sea el caso, revisaremos su solicitud con la prontitud que su afección médica lo requiera, pero no más tarde de los plazos que se mencionan a continuación.

Plazos para solicitudes de autorización previa

- **Revisión estándar:** tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de 3 días laborables a partir del momento en que tengamos toda la información necesaria, pero tendrá noticias nuestras no más de 14 días después de que recibamos su solicitud. Le informaremos si necesitamos más información antes del día 14.
- **Revisión acelerada:** tomaremos una decisión y tendrá noticias nuestras en un plazo de 72 horas. Le informaremos si necesitamos más información en un plazo de 72 horas.

Plazo para solicitudes de revisión concurrente

- **Revisión estándar:** tomaremos una decisión en un plazo de 1 día laborable a partir del momento en que tengamos toda la información necesaria, pero tendrá noticias nuestras no más de 14 días después de que recibamos su solicitud.
- **Revisión acelerada:** tomaremos una decisión en un plazo de 1 día laborable a partir del momento en que tengamos toda la información necesaria. Tendrá noticias nuestras en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Le informaremos en el plazo de 1 día laborable si necesitamos más información.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada sobre su solicitud de servicio, los plazos mencionados se pueden extender hasta 14 días. Nosotros haremos lo siguiente:

- Le escribiremos para indicarle qué información necesitamos.
- Si su solicitud se encuentra en una revisión acelerada, le llamaremos de inmediato y le enviaremos un aviso por escrito después.
- Le diremos por qué la demora es lo más conveniente para usted.
- Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria, pero no más de 14 días después del día en que solicitamos más información.

Usted, su proveedor o una persona en la que confía también pueden pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que usted tiene más información para darle al plan y así ayudar a decidir sobre su caso. Puede hacer esto llamando o enviando un mensaje de texto al **1-855-456-9126**.

Usted o alguien de su confianza pueden presentar un reclamo ante el plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de destinar más tiempo a revisar su solicitud. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar un reclamo acerca del tiempo de la revisión ante el Departamento de Salud del Estado de New York llamando al **1-866-712-7197.**

Si ACEPTAMOS parte o la totalidad de lo que solicitó, autorizaremos el servicio o le daremos el producto que solicitó.

Si NO ACEPTAMOS parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos un aviso por escrito que explique el motivo. Consulte ***¿Cómo presento una apelación de una acción?*** que explica como presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

¿Qué es una acción?
Se consideran "acciones" del plan los casos en los cuales Aetna Better Health of New York deniega o limita los servicios que usted o su proveedor solicitaron; deniega una solicitud para una remisión; decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; restringe, reduce, suspende o finaliza servicios que ya autorizamos; deniega el pago de servicios; no brinda los servicios de manera oportuna, o no toma determinaciones en cuanto a los reclamos o las apelaciones dentro de los plazos requeridos. Una acción está sujeta a una apelación. (Para obtener más información, consulte la sección "*¿Cómo presento una apelación de una acción?*" que se encuentra a continuación).

Plazo del aviso de acción
Si decidimos rechazar o limitar los servicios que solicitó, o bien no pagar el servicio cubierto en su totalidad o en parte, le enviaremos un aviso cuando tomemos nuestra decisión. Si le proponemos restringir, reducir, suspender, o finalizar un servicio que está autorizado, nuestra carta se enviará al menos 10 días antes de que tengamos la intención de cambiar el servicio.

Contenidos del aviso de acción

Todo aviso que le enviemos sobre una acción cumplirá con lo siguiente:

- Explicará la acción que hemos tomado o que tenemos intención de tomar.
- Citará los motivos de la acción, incluidos los motivos clínicos, si los hubiera.
- Describirá su derecho a presentarnos una apelación (indicará si también puede tener derecho al proceso de apelación externa del estado).
- Describirá cómo presentar una apelación interna y las circunstancias en las que usted puede solicitar que agilicemos (aceleremos) nuestra revisión de su apelación interna.
- Describirá los criterios de revisión clínica en los que se basó la decisión, si se involucró asuntos de necesidad médica o si el tratamiento o servicio en cuestión fue experimental o de investigación.
- Describirá la información, si la hubiera, que usted y/o su proveedor deben proporcionar para que tomemos una decisión sobre la apelación.

El aviso también le informará sobre su derecho a una apelación y a una audiencia imparcial del estado:

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

Si restringimos, reducimos, suspendemos o finalizamos un servicio autorizado, el aviso también le informará sobre su derecho a que se mantengan los servicios mientras tomamos una decisión sobre su apelación. Para que sus servicios continúen, debe solicitar una apelación en un plazo de 10 días a partir de la fecha que figura en el aviso o la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción propuesta, lo que sea posterior.

¿Cómo presento una apelación de una acción?
Si no está de acuerdo con una acción que hemos tomado, puede apelar. Cuando presenta una apelación, deberemos considerar nuevamente la razón de nuestra acción y decidir si estábamos en lo correcto. Puede presentar una apelación de una acción con el plan verbalmente o por escrito. Cuando el plan le envía una carta sobre una acción que tomará (como rechazar o limitar los servicios o no pagarlos), debe presentar una solicitud de apelación dentro de los 60 días posteriores a la fecha de dicho aviso. Si reducimos, suspendemos o finalizamos un servicio autorizado y usted quiere que sus servicios continúen mientras se resuelve su apelación, debe solicitar una apelación en un plazo de 10 días a partir de la fecha que figura en el aviso o la fecha de entrada en vigor prevista de la acción propuesta, lo que sea posterior.

¿Cómo me comunico con mi plan para presentar una apelación?
Puede comunicarse con nosotros llamando al **1-855-456-9126** o escribiendo a la siguiente dirección PO Box 81040, 5801 Postal Road, Cleveland, OH 44181. La persona que recibe su apelación la registrará, y el personal adecuado supervisará la revisión de esta. Le enviaremos un aviso para avisarle que hemos recibido su apelación e informarle cómo la manejaremos. La revisión de su apelación estará a cargo de personal clínico idóneo que no haya estado involucrado en la decisión o acción inicial del plan que usted esté apelando.

Para algunas acciones puede solicitar continuar el servicio durante el proceso de apelación

Si está apelando una restricción, reducción, suspensión o finalización de servicios que actualmente está autorizado a recibir, puede solicitar una apelación del plan para continuar recibiendo esos servicios mientras tomamos una decisión sobre su apelación. Debemos continuar prestándole el servicio si usted solicita una apelación del plan en un plazo de 10 días a partir de la fecha de aviso sobre la restricción, reducción, suspensión o finalización de los servicios o la fecha de entrada en vigor prevista de la acción propuesta, lo que sea posterior. Para averiguar cómo solicitar una apelación del plan y para pedir que continúe la ayuda, consulte "***¿Cómo presento una apelación de una acción?"*** arriba.

A pesar de que puede solicitar que se mantengan los servicios, si la apelación del plan no le favorece, podemos exigirle que pague esos servicios si se brindaron solo porque usted solicitó continuar recibiéndolos mientras se estaba revisando su caso.

¿Cuánto tiempo le tomará al plan tomar una decisión sobre mi apelación de una acción?
A menos que su apelación sea acelerada, revisaremos su apelación de la acción que hayamos tomado como una apelación estándar. Le enviaremos una decisión por escrito tan pronto como lo requiera su afección de salud, pero en un plazo máximo de

30 días a partir de la fecha de recepción de la apelación. (El período de revisión puede extenderse hasta 14 días si solicita una extensión o si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia). Durante nuestra revisión, usted tendrá la oportunidad de presentar su caso personalmente o por escrito. También le enviaremos sus registros que forman parte de la revisión de la apelación.

Le enviaremos un aviso sobre la decisión que tomamos sobre su apelación, que indicará nuestra decisión y la fecha en que la tomamos.

Si revertimos nuestra decisión para denegar o limitar los servicios solicitados, o restringir, reducir, suspender o finalizar los servicios, y los servicios no se mantuvieron mientras su apelación estaba pendiente, le brindaremos los servicios reclamados tan rápido como lo exija su afección de salud. En algunos casos, puede solicitar una apelación *acelerada*. (Consulte la sección "**Proceso de apelación acelerada"** a continuación.)

Proceso de apelación acelerada
Siempre aceleraremos nuestra revisión si la apelación es sobre su solicitud para más de un servicio que ya recibe. Si usted o su proveedor consideran que tomarse el tiempo para una apelación estándar podría ocasionar un problema grave en su salud o su vida, puede solicitar una revisión *acelerada* de su apelación de la acción. Le informaremos nuestra decisión dentro de los 2 días hábiles posteriores a la recepción de toda la información necesaria. En ningún caso el tiempo para emitir nuestra decisión superará las 72 horas de recibida su apelación. (El período de revisión puede extenderse hasta 14 días si solicita una extensión o si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia).

Si no estamos de acuerdo con su solicitud para acelerar su apelación, haremos todo lo posible para comunicarnos con usted personalmente e informarle que hemos denegado su solicitud para una apelación *acelerada*, y la trataremos como una apelación estándar. Además, le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión de rechazar su solicitud para una apelación *acelerada* dentro de los 2 días posteriores a la recepción de su solicitud.

Si el plan deniega mi apelación, ¿qué puedo hacer?
Si nuestra decisión sobre su apelación no lo favorece completamente, el aviso que reciba explicará su derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid del estado de New York y cómo obtener una audiencia imparcial, quién puede comparecer en la audiencia imparcial en su nombre y, en el caso de algunas apelaciones, su derecho a solicitar recibir servicios mientras la audiencia esté pendiente y cómo realizar la solicitud.

Nota: debe solicitar una audiencia imparcial dentro de los 120 días calendario posteriores a la fecha del aviso de determinación final adversa. Si rechazamos su apelación debido a asuntos de necesidad médica o debido a que el servicio en cuestión era experimental o de investigación, el aviso también explicará cómo solicitarle al estado de New York una "apelación externa" de nuestra decisión.

Audiencia Imparcial del Estado

Si denegamos su apelación del plan o no le proporcionamos un aviso de determinación final adversa dentro de los plazos indicados anteriormente en ***"¿Cuánto tiempo le tomará al plan tomar una decisión sobre mi apelación de una acción?"***, puede solicitar una audiencia imparcial al Estado de New York. La decisión de la audiencia imparcial puede anular nuestra decisión. Debe solicitar una audiencia imparcial dentro de los 120 días calendario posteriores a la fecha en que le enviamos el aviso de determinación final adversa.

Si reducimos, suspendemos o finalizamos un servicio autorizado y usted quiere asegurarse de que sus servicios continúen hasta que se realice la audiencia imparcial, debe solicitar la audiencia imparcial en un plazo de 10 días a partir de la fecha del aviso de determinación final adversa.

Sus beneficios se mantendrán hasta que retire la solicitud de audiencia imparcial o hasta que el funcionario a cargo de la audiencia imparcial del estado emita una decisión sobre la audiencia que no lo favorezca, lo que ocurra primero.

Si el funcionario a cargo de la audiencia imparcial del estado revierte nuestra decisión, debemos garantizar que usted reciba los servicios que reclama de inmediato y tan pronto como su afección médica lo exija. Si usted recibió los servicios reclamados mientras su apelación estaba pendiente, pagaremos los costos de los servicios cubiertos que hayan sido ordenados por el funcionario a cargo de la audiencia imparcial.

A pesar de que es posible que solicite la mantención de los servicios mientras está esperando la decisión sobre la audiencia imparcial, si su audiencia imparcial no le favorece, es posible que deba pagar los servicios que fueron objeto de la audiencia imparcial.

Puede presentar una audiencia imparcial del estado comunicándose con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados (OTDA):

Formulario de solicitud en internet: Solicitar Audiencia | Audiencias Imparciales | OTDA (ny.gov)
Envíe por correo un formulario de solicitud imprimible a la siguiente dirección:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit:

P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023
Envíe por fax un formulario de solicitud imprimible al siguiente número: **518-473-6735**
Solicitud por vía telefónica:
Línea para audiencias imparciales estándar: **1-800-342-3334**
Línea para audiencias imparciales de emergencia: **1-800-205-0110**
Línea TTY: **711** (solicite que el operador llame al **1-877-502-6155**)

Solicitud en persona:
Ciudad de New York
5 Beaver Street, New York, New York, 1000**4**

Albany
40 North Pearl Street, 15th Floor Albany, New York 12243

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

Apelaciones externas del estado
Si rechazamos su apelación por determinar que el servicio no es médicamente necesario o es experimental o de investigación, puede solicitar una apelación externa del estado de New York. Revisores que no trabajan para nosotros ni para el estado de New York tomarán una decisión sobre la apelación externa. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el estado de New York. No debe pagar una apelación externa.

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

Su apelación externa se decidirá en un plazo de 30 días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta 5 días hábiles) si el revisor de la apelación externa solicita más información. El revisor le informará a usted y a nosotros la decisión final dentro de los dos días hábiles posteriores a la toma de la decisión.

Puede obtener una dedición más rápida si su médico indica que una demora podría provocar un daño grave a su salud. Esto se denomina apelación externa acelerada. El revisor de la apelación externa tomará una decisión sobre una apelación acelerada en 72 horas o menos. El revisor informará la decisión de inmediato a usted y a nosotros por teléfono o fax. Después, se enviará una carta que le informe la decisión.

Puede solicitar una audiencia imparcial y una apelación externa. Si solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión del funcionario a cargo de la audiencia imparcial será “la que cuenta”.

RECLAMOS Y APELACIONES DE RECLAMOS

Aetna Better Health of New York hará todo lo posible por tratar sus inquietudes o problemas de la manera más rápida y adecuada para usted. Usted puede usar nuestro proceso de reclamos o de apelaciones, dependiendo de cuál sea su problema.

No habrá ningún cambio en sus servicios ni en el trato que reciba del personal o de un proveedor de atención médica de Aetna Better Health of New York porque usted presente un reclamo o una apelación. Mantendremos su privacidad. Le brindaremos toda la ayuda que necesite para presentar un reclamo o una apelación. Esto incluye los servicios de un intérprete o ayuda si tiene problemas visuales o auditivos. Puede designar a una persona (como un familiar, un amigo o un proveedor) para que lo represente.

Para presentar un reclamo llame al **1-855-456-9126** o escríbanos a la siguiente dirección: PO Box 81040 5801 Postal Road Cleveland, OH 44181. Cuando se comunique con nosotros, tendrá que darnos su nombre, dirección, número de teléfono y detalles del problema.

¿Qué es un reclamo?

Un reclamo es cualquier comunicado de insatisfacción que dirija a nosotros sobre la atención y el tratamiento que recibe de nuestro personal o de nuestros proveedores de servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien fue descortés con usted, no se presentó para brindar los servicios o si no le gusta la calidad de la atención o de los servicios que recibió de nuestra parte, puede presentarnos un reclamo.

El proceso de reclamo

Puede presentarnos un reclamo verbalmente o por escrito. La persona que reciba el reclamo lo registrará, y el personal adecuado del plan supervisará la revisión de este. Le enviaremos una carta para avisarle que hemos recibido su reclamo y una descripción de nuestro proceso de revisión. Revisaremos su reclamo y le responderemos por escrito dentro de uno de los dos plazos.

1. Si una demora aumentara de manera significativa el riesgo para su salud, tomaremos una decisión dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de la información necesaria, pero el proceso deberá completarse dentro de los 7 días posteriores a la recepción del reclamo.
2. Para todos los demás tipos de reclamos, le notificaremos nuestra decisión dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la información necesaria, pero el proceso debe completarse dentro de los 60 días posteriores a la recepción del reclamo. El período de revisión puede extenderse hasta 14 días si usted lo solicita o si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia.

Nuestra respuesta describirá lo que observamos cuando revisamos su reclamo y nuestra decisión sobre este.

¿Cómo apelo una decisión sobre un reclamo?
Si no está satisfecho con nuestra decisión sobre su reclamo, puede solicitar una segunda revisión de su caso presentando una apelación del reclamo. Debe presentar una apelación del reclamo oralmente o por escrito. Esto debe realizarse dentro de los 60 días hábiles posteriores a la recepción de nuestra decisión inicial sobre su reclamo. Una vez que recibimos su apelación, le enviaremos un acuse de recibo por escrito dentro de los 15 días hábiles para informarle el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que designamos para responder su apelación. Todas las apelaciones de reclamos serán realizadas por profesionales idóneos, incluidos profesionales de salud para reclamos vinculados con asuntos clínicos, que no participaron de la decisión inicial.

Para las apelaciones de reclamos estándares, tomaremos una decisión dentro de los 30 días hábiles posteriores a la recepción de toda la información necesaria. Si una demora en nuestra decisión aumentara de manera significativa el riesgo de su salud, usaremos el proceso de apelación *acelerada* de reclamos. Para las apelaciones *aceleradas* de reclamos, tomaremos una decisión dentro de los 2 días hábiles posteriores a la recepción de la información necesaria. Para las apelaciones *aceleradas* y estándares de reclamos, le enviaremos un aviso por escrito con nuestra decisión sobre la apelación del reclamo. Este aviso incluirá los motivos detallados de nuestra decisión y, en los casos vinculados con asuntos clínicos, la justificación clínica de esta.

Defensor de los participantes
El defensor de los participantes, denominado Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN), es una organización independiente que proporciona servicios de defensoría gratuitos para los beneficiarios de atención a largo plazo en el estado de New York. Puede obtener asesoramiento independiente gratuito sobre su cobertura, reclamos y opciones de apelaciones. Ellos pueden ayudarle con el proceso de apelación. También pueden brindar ayuda antes de que se inscriba en un plan MLTC como Aetna Better Health of New York. Esta ayuda incluye asesoramiento imparcial sobre la elección de un plan de salud e información general relacionada con el plan. 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 | Correo electrónico: ican@cssny.org**

CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN DEL PLAN MLTC DE AETNA BETTER HEALTH OF NEW YORK

No se cancelará su inscripción en el plan MLTC en función de ninguno de los siguientes motivos:

- Utilización intensiva de servicios médicos cubiertos.
- Afección existente o cambio en su estado de salud.
- Capacidad mental disminuida o comportamiento perturbador o poco colaborador que surge de sus necesidades especiales, a menos que el comportamiento lo descalifique para el plan MLTC.

Cancelación voluntaria de la inscripción
Puede solicitar abandonar Aetna Better Health of New York en cualquier momento por cualquier motivo. Para solicitar la cancelación de su inscripción, llame al **1-855-456-9126** o escríbanos. El plan le dará una confirmación por escrito de su solicitud. Incluiremos un formulario de cancelación voluntaria de la inscripción para que firme y nos envíe. El procesamiento puede tardar hasta seis semanas, según la fecha de recepción de su solicitud. Puede cancelar su inscripción de Medicaid regular o inscribirse en otro plan de salud siempre que reúna los requisitos. Si sigue necesitando CBLTSS, como atención personal, debe inscribirse en otro plan MLTC, plan de cuidado administrado de Medicaid o programa de exención basado en el hogar y la comunidad para recibir CBLTSS.

Traslados
Puede probar nuestro plan durante 90 días. Puede abandonar Aetna Better Health of New York y transferirse e inscribirse en otro plan en cualquier momento durante ese período. Si no cancela su inscripción en los primeros 90 días, debe permanecer en Aetna Better Health of New York durante nueve meses más, a menos que tenga un motivo justificado (buena causa).

- Se muda fuera del área de servicio.
- Usted, el plan y el Departamento de Servicios Sociales de su condado o el Departamento de Salud del Estado de New York acuerdan que abandonar Aetna Better Health of New York es lo mejor para usted.
- Su proveedor de atención médica a domicilio no trabaja con nuestro plan.
- No pudimos brindarle servicios de la forma en la que debemos hacerlo según nuestro contrato con el estado.

Si reúne los requisitos, puede cambiar a otro tipo de plan de cuidado administrado a largo plazo, como Medicaid Advantage Plus (MAP) o los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE), en cualquier momento y sin causa justificada.

Cómo cambiar de planes: Llame a New York Medicaid Choice al **1-888-401-6582**. Los asesores de New York Medicaid Choice pueden ayudarlo a cambiar de planes de salud.

La activación de su inscripción en un nuevo plan puede tardar entre dos y seis semanas. Recibirá un aviso de parte de New York Medicaid Choice con la fecha en la que estará inscrito en su nuevo plan. Hasta ese momento, Aetna Better Health of New York le brindará la atención que necesita.

Llame a New York Medicaid Choice si necesita solicitar una acción más rápida, ya que el tiempo que se tarda en transferir los planes será perjudicial para su salud. También puede solicitarles que actúen con mayor rapidez si les ha comunicado a New York Medicaid Choice que no aceptaba inscribirse en Aetna Better Health of New York.

Cancelación involuntaria de la inscripción
Una cancelación involuntaria de la inscripción es una cancelación iniciada por Aetna Better Health of New York. Si usted no solicita la cancelación voluntaria, nosotros debemos iniciar la cancelación involuntaria en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que sepamos que cumple alguno de los motivos de cancelación involuntaria.

Deberá abandonar Aetna Better Health of New York por los siguientes motivos:

- Ya no es elegible para Medicaid.
- Sale permanentemente fuera del área de servicio de Aetna Better Health of New York.
- Está fuera del área de servicio del plan durante más de 30 días consecutivos.
- Necesita atención en un hogar de convalecencia, pero no es elegible para Medicaid institucional.
- Se encuentra hospitalizado o ingresó en un programa residencial de la Oficina de Salud Mental, la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo o la Oficina de Servicios de Abuso de Sustancias y Alcoholismo durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más.
- Se determinó que ya no tiene necesidad funcional o clínica de CBLTSS mensualmente.
- Solo tiene Medicaid y ya no cumple con el nivel de atención en un hogar de convalecencia según lo determinado utilizando la herramienta de evaluación designada.
- Recibe atención diurna social como único servicio.
- Ya no necesita, y recibe, al menos un CBLTSS por mes calendario.
- En el momento de cualquier reevaluación, mientras vive en la comunidad, se determina que ya no demuestra una necesidad funcional o clínica de CBLTSS.
- Encarcelamiento.
- Proporciona información falsa al plan, engaña de cualquier otro modo o incurre en conducta fraudulenta con respecto a cualquier aspecto sustantivo de su afiliación al plan.

Podemos pedirle que abandone Aetna Better Health of New York por los siguientes motivos:

- Usted, un familiar, un cuidador informal u otra persona en el hogar tienen una conducta o comportamiento que perjudica de forma grave la capacidad del plan de brindar servicios.
- No paga o no hace los arreglos necesarios para pagar la cantidad de dinero, según lo determinado por el Departamento de Servicios Sociales Local, adeudada al plan como responsabilidad económica/excedente dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento de la cantidad. Hicimos un esfuerzo razonable para cobrar.

Antes de cancelar su inscripción involuntariamente, Aetna Better Health of New York 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 la inscripción será el primer día del mes posterior al mes en el que deja de ser elegible para la inscripción. Si sigue necesitando CBLTSS, se le pedirá que elija otro plan o se le asignará automáticamente (autoasignación) otro plan.

COMPETENCIA CULTURAL Y LINGÜÍSTICA

Aetna Better Health of New York respeta sus creencias y la diversidad cultural. Respetamos su cultura e identidad cultural, y trabajamos para eliminar las desigualdades culturales. Mantenemos una red de proveedores inclusiva y competente desde el punto de vista cultural, y promovemos y aseguramos la prestación de servicios de forma culturalmente apropiada para todos los miembros. Esto incluye, entre otras, a aquellas personas con dominio limitado del idioma inglés, entornos culturales o étnicos diversos, y diferentes comunidades religiosas.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

Aetna Better Health of New York realizará todos los esfuerzos 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 requiere servicios de interpretación, su administrador de atención los gestionará. El personal hará todos los esfuerzos posibles para ayudarle a ejercer sus derechos.

Derechos de los miembros

- Tiene derecho a recibir atención médicamente necesaria.
- Tiene derecho a recibir acceso oportuno a la atención y los servicios.
- Tiene derecho a la privacidad sobre sus registros médicos y cuando recibe tratamiento.
- Tiene derecho a recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentada de una manera y en un idioma que usted comprenda.
- Tiene derecho a recibir información en un idioma que comprenda; puede obtener servicios de interpretación sin cargo.
- Tiene derecho a recibir la información necesaria para que brinde su consentimiento informado antes del comienzo de un tratamiento.
- Tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- Tiene derecho a obtener una copia de sus registros médicos y solicitar que se modifiquen o se corrijan.
- Tiene derecho a participar en decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar un tratamiento.
- Tiene derecho a estar libre de cualquier forma de limitación o aislamiento utilizados como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tiene derecho a recibir atención independientemente de su sexo, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión.
- Tiene derecho a recibir información sobre dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de su plan de cuidado administrado a largo plazo, incluida la manera en que puede recibir beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red si no están disponibles dentro de la red del plan.
- Tiene derecho a presentar un reclamo ante el Departamento de Salud del Estado de New York o al Departamento de Servicios Sociales Local.
- Tiene derecho a usar el sistema de audiencia imparcial del estado de New York y/o la apelación externa del estado de New York, cuando corresponda.

- Tiene derecho a nombrar a un representante para que hable por usted sobre su atención y tratamiento.
- Tiene derecho a solicitar asistencia del programa del defensor de los participantes.

Responsabilidades de los miembros

- Recibir servicios cubiertos a través de Aetna Better Health of New York.
- Usar los proveedores de la red de Aetna Better Health of New York para los servicios cubiertos en la medida en que haya proveedores de la red disponibles.
- Obtener una autorización previa para los servicios cubiertos, salvo para los servicios cubiertos preaprobados o en caso de emergencias; ser visitado por su médico, si se produce un cambio en su estado de salud.
- Compartir información de salud completa y exacta con sus proveedores de atención médica.
- Informar al personal de Aetna Better Health of New York sobre cualquier cambio en su salud e informarnos si no comprende o es incapaz de seguir las instrucciones.
- Seguir el plan de atención recomendado por el personal de Aetna Better Health of New York (con su aporte).
- Cooperar y ser respetuoso con el personal de Aetna Better Health of New York y no discriminar al personal de Aetna Better Health of New York por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, edad, capacidad mental o física, orientación sexual o estado civil.
- Notificar a Aetna Better Health of New York dentro de los dos días hábiles de recibir servicios no cubiertos o no preaprobados.
- Notificar con antelación a su equipo de atención médica de Aetna Better Health of New York siempre que no vaya a estar en el hogar para recibir los servicios o la atención que se han organizado para usted.
- Informar a Aetna Better Health of New York antes de mudarse permanentemente fuera del área de servicio, o de cualquier ausencia prolongada del área de servicio.
- Asumir la responsabilidad 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 para asegurarse de que se cumplan sus deseos en caso de que no pueda tomar decisiones por su cuenta. Las instrucciones anticipadas pueden ser en forma de un poder de atención médica, un testamento vital o una orden de no resucitar. Estos documentos pueden dar instrucciones sobre qué atención desea recibir en ciertas circunstancias, o pueden autorizar a un familiar o amigo en particular para que tome decisiones por usted.

Usted tiene derecho a dar instrucciones anticipadas según lo desee. Es muy importante que documente cómo le gustaría que continúe su atención si ya no puede comunicarse con los proveedores de una manera informada debido a una enfermedad o lesión. Hable con su administrador de atención para obtener asistencia para completar estos documentos. Si ya tiene una instrucción anticipada, entregue una copia a su administrador de atención.

Obtener más información a pedido

- Información sobre la estructura y el funcionamiento de Aetna Better Health of New York.
- Criterios específicos de revisión clínica relacionados con una afección de salud en particular y otra información que Aetna Better Health of New York tiene en cuenta al autorizar los servicios.
- Políticas y procedimientos sobre información de salud protegida.
- Descripción escrita de las disposiciones de la organización y los procedimientos en curso del programa de garantía de calidad y mejora del rendimiento.
- Políticas de acreditación de proveedores.
- Una copia reciente del estado financiero certificado de Aetna Better Health of New York; políticas y procedimientos utilizados por Aetna Better Health of New York para determinar la elegibilidad de un proveedor.

Opción de aviso electrónico

Aetna Better Health of New York y nuestros proveedores pueden enviarle avisos sobre autorizaciones de servicios, apelaciones de planes, reclamos y apelaciones de reclamos de forma electrónica, en lugar de por teléfono o correo.

Podemos enviarle estos avisos por correo electrónico o fax. Se pueden aplicar tarifas de datos al enviar o recibir correos electrónicos o faxes.

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

Teléfono..... **1-855-456-9126**

Correo electrónico..... **NY_MemberServices@AETNA.com**

Fax..... **1-855-863-6421**

Correo postal..... **PO Box 818089, Cleveland, OH 44181-8089**

Cuando se comunique con nosotros, debe hacer lo siguiente:

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

Aetna Better Health of New York le informará por correo que ha solicitado recibir avisos de forma electrónica.

Aviso sobre prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder usted a esta información. Revíselo detenidamente.

Este aviso entra en vigor el 2 de mayo de 2012.

A qué nos referimos cuando decimos "información de salud" [1]

Empleamos la frase "información de salud" cuando nos referimos a información que lo identifica. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Atención médica recibida
- Montos pagados por la atención

Cómo utilizamos y compartimos su información de salud

Como ayuda para cuidar de usted: podemos utilizar su información de salud para ayudar con su atención médica. También la utilizamos para decidir qué servicios están cubiertos por sus beneficios. Podemos decirle qué servicios puede obtener, como controles o exámenes médicos. También podemos recordarle sus citas. Podemos compartir su información de salud con otras personas que le brindan atención, como médicos o farmacias. Si ya no forma parte de nuestro plan, le daremos, con su autorización, su información de salud a su nuevo médico.

Con familiares y amigos: podemos compartir su información de salud con alguien que le brinde ayuda. Es posible que se trate de personas que le ayuden con su atención o a pagar por ella. Por ejemplo, si usted sufre un accidente, es posible que necesitemos hablar con una de estas personas. Si usted no desea que divulguemos su información de salud, llámenos.

Si es menor de dieciocho años y no desea que divulguemos su información de salud a sus padres, llámenos. Podemos brindar ayuda en algunos casos si lo permite la ley estatal.

[1] A los fines de este aviso, "Aetna" y los pronombres "nosotros", "nos" y "nuestro(a)" se refieren a todos los planes HMO y a las subsidiarias aseguradoras con licencia de Aetna Inc. Con propósitos de privacidad federal, estas entidades se han designado como una única entidad cubierta asociada.

Para el pago: es posible que les brindemos su información de salud a las personas que pagan su atención. Su médico debe entregarnos un formulario de reclamación que incluya su información de salud. Además, podemos utilizar su información de salud para revisar la atención que le brinda su médico. También podemos controlar los servicios de salud que usted utiliza.

En operaciones de atención médica: podemos utilizar su información de salud para hacer nuestro trabajo. Por ejemplo, podemos utilizar esta información para lo siguiente:

- Promoción de la salud
- Administración de casos
- Mejora de la calidad
- Prevención de fraude
- Prevención de enfermedades
- Asuntos legales

Es posible que un administrador de casos trabaje con su médico. Este puede informarle sobre programas o lugares que puedan ayudarle con su problema de salud. Si nos llama para hacernos alguna pregunta, necesitamos consultar su información de salud para poder darle una respuesta.

Cómo compartimos su información con otras empresas: es posible que compartamos su información de salud con otras empresas. Lo hacemos por los motivos que explicamos anteriormente. Por ejemplo, puede que el transporte esté cubierto en su plan. Entonces, es posible que compartamos su información de salud con los responsables del transporte para ayudarlo a llegar al consultorio del médico. Les informaremos si usted utiliza una silla de ruedas con motor para que envíen una camioneta en vez de un automóvil a buscarlo.

Otros motivos por los que podríamos compartir su información de salud: también es posible que compartamos su información de salud por los siguientes motivos:

- Seguridad pública: para brindar ayuda con asuntos como el abuso infantil y las amenazas a la salud pública.
- Investigación: con investigadores, después de tomar los recaudos necesarios para proteger su información.
- Socios comerciales: con las personas que nos brindan servicios.
    - Estas se comprometen a mantener su información segura.
- Reglamentaciones para la industria: con las agencias federales y estatales.
    - Estas nos controlan para asegurarse de que estemos haciendo un buen trabajo.
- Cumplimiento de la ley: Con el personal federal, estatal y local responsable del cumplimiento de las leyes.
- Acciones legales: con los tribunales por asuntos legales o demandas.

Motivos por los que necesitaremos su autorización escrita

Excepto en los casos mencionados anteriormente, le pediremos su autorización antes de utilizar o compartir su información de salud. Por ejemplo, le pediremos autorización en las siguientes circunstancias:

- Por motivos de comercialización que no tengan ninguna relación con su plan de salud.
- Antes de compartir cualquier nota de psicoterapia.

- Para la venta de su información de salud.
- Por otros motivos requeridos por la ley.

Puede retirar su autorización en cualquier momento. Para retirar su autorización, escríbanos. No podemos utilizar ni compartir su información genética cuando tomamos la decisión de brindarle un seguro de atención médica.

Cuáles son sus derechos

Tiene derecho a revisar su información de salud.
- Puede pedirnos una copia de su información de salud.
- Puede solicitar sus registros médicos.
- Llame al consultorio de su médico o al lugar donde recibió atención.

Tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos su información de salud.
- Puede solicitarnos que enmendemos su información de salud si considera que es incorrecta.
- Si no estamos de acuerdo con la enmienda que usted solicitó, solicítenos presentar una declaración escrita de desacuerdo.

Tiene derecho a obtener una lista de las personas o los grupos con quienes hemos compartido su información de salud.

Tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted de un modo privado.
- Si considera que el modo en el que nos comunicamos con usted no es lo suficientemente privado, llámenos.
- Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted de un modo que sea más privado.

Tiene derecho a solicitarnos que tengamos un cuidado especial en cuanto al modo en que utilizamos o compartimos su información de salud.
- Es posible que utilicemos o compartamos su información de salud de las maneras que se describen en este aviso.
- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos su información de estas maneras. Esto incluye compartir la información con personas que estén involucradas en su atención médica.
- No es necesario que estemos de acuerdo, pero lo consideraremos con detenimiento.

Tiene derecho a saber si se compartió su información de salud sin su autorización.
- Si esto ocurre, se lo informaremos por medio de una carta.

Llame al número gratuito **1-855-456-9126** para lo siguiente:
- Solicitarnos que hagamos algo de lo mencionado antes.

- Solicitarnos una copia impresa de este aviso.
- Hacernos preguntas sobre este aviso.

También tiene derecho a enviarnos un reclamo. Si usted considera que se han infringido sus derechos, escríbanos a la siguiente dirección:
Aetna Better Health® of New York
P.O. Box 818089
Cleveland, OH 44181-8089

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales. Llámenos para pedirnos la dirección.

Si usted no está conforme y se lo comunica a la Oficina de Derechos Civiles, no perderá la membresía del plan ni los servicios de atención médica. No utilizaremos el reclamo en su contra.

Cómo protegemos su información

Protegemos su información de salud con procedimientos específicos, como los siguientes:

- Administrativos: contamos con normas que establecen cómo debemos utilizar su información de salud, independientemente del formato en el que se encuentre, ya sea escrito, oral o electrónico.
- Físicos: su información de salud está protegida y guardada en lugares seguros. Protegemos los ingresos a nuestras instalaciones y los accesos a nuestras computadoras. Esto nos ayuda a bloquear los ingresos no autorizados.
- Técnicos: el acceso a su información de salud está “basado en roles”. Esto permite que únicamente las personas que deben hacer su trabajo y brindarle atención puedan acceder a la información.

Cumplimos con todas las leyes federales y estatales para proteger su información de salud.

Modificaciones de este aviso

Por ley, debemos mantener la privacidad de su información de salud. Debemos cumplir con lo que se establece en este aviso. También tenemos derecho a efectuar cambios en este aviso. Si cambiamos este aviso, estos se aplicarán a toda su información que tengamos ahora u obtengamos en el futuro. Puede obtener una copia del aviso más reciente en nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/NewYork**.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Aetna Better Health of NY cumple con las leyes federales de derechos civiles. **Aetna Better Health of NY** no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna Better Health of NY ofrece lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos para personas con discapacidades para ayudarlas a comunicarse con nosotros, tales como los siguientes:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para las personas cuya lengua materna no sea inglés, tales como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a **Aetna Better Health of NY** al 1-855-456-9126. Para servicios de TTY/TDD, llame al número de retransmisión de New York 711.

Si usted cree que **Aetna Better Health of NY** no le ha proporcionado estos servicios o si lo trataron de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede interponer una queja ante **Aetna Better Health of NY** por los siguientes medios:

Correo postal:	Attn: Civil Rights Coordinator P.O. Box 818001, Cleveland, OH 44181-8001
Teléfono:	1-855-456-9126 (para servicios de TTY/TDD, llame al número de retransmisión de New York 711)
Fax:	1-855-264-3822
En persona:	101 Park Avenue, 15th Floor, New York, NY 10178
Correo electrónico:	NY_GrievanceAppeals@aetna.com

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos por los siguientes medios:

Sitio web:	Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles en *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*
Correo postal:	U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Los formularios de reclamo están disponibles en
http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD: 800-537-7697)

Aetna Better Health of New York	aetna
ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-385-4104.	English
ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-385-4104	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-385-4104	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-385-4104 (الصم هاتف رقم NY Relay 711)	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-1-800-385-4104 NY Relay 711 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-385-4104(телетайп: NY Relay 711)	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-385-4104 NY Relay 711	Italian
ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposes gratuitement. Appelez le 1-800-385-4104 NY Relay 711	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-385-4104 NY Relay 711	French Creole
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פונאפצאל. רופט 1-800-385-4104.	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-385-4104 NY Relay 711	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-385-4104 NY Relay 711	Tagalog
লক্ষ করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলেত পাতেন, তাহলে দনঃখরচায় ভাষা সহায়তা পেতষবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-800-385-4104NY Relay 711	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-385-4104 NY Relay 711	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-385-4104 NY Relay 711	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں 1-800-385-4104 (NY Relay 711)	Urdu
ध्यान दें: भाषा सहायता सेवाएं, निःशुल्क, आपके लिए उपलब्ध हैं। 1-800-385-4104 पर कॉल करें।	Hindi

AetnaBetterHealth.com/NewYork

©2024 Aetna Inc.

1376310-NY-SP (rev 2024)

aetna®

Aetna Better Health® of New York