Combattiamo insieme

Manuale dei membri 2021
Informazioni sulle prestazioni di assistenza sanitaria

aetna™

AetnaBetterHealth.com/NewYork

Aetna Better Health® of New York

86.07.323.I-NY (Updated 03/21)

Aetna Better Health of New York

Programma di cure gestite a lungo termine (MLTC)

Manuale dei membri

Member Services **1-855-456-9126 (servizio Relè di New York: 711 per le persone con problemi di udito)**
AetnaBetterHealth.com/NewYork
MBRHBK Rev. 04/21

Informazioni utili

Nome	**Telefono, Fax, E-mail**	**Indirizzo**
Aetna Better Health, reparto Member Services (Servizi per i membri)	Telefono: **1-855-456-9126** Fax: **1-855-863-6421** Sito web: **AetnaBetterHealth.com/NewYork**	Aetna Better Health 55 West 125th Street Suite 1300 New York City, NY 10027
Servizi per le persone non udenti	New York Relay **7-1-1**	
Trasporti non di emergenza (Non-emergency Transportation)	Contattare il proprio team di gestione cure oppure il reparto Member Services di Aetna Better Health al numero **1-855-456-9126**	
Servizi medici di emergenza	**9-1-1**	
Servizi odontoiatrici Forniti da LIBERTY Dental Plan	**1-855-225-1727** **(TTY 877-855-8039)**	
Servizi oculistici Forniti da EyeQuest	**1-855-873-1282** Dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00	
Servizi di interpretariato	Contattare il reparto Member Services di Aetna Better Health al numero **1-855-456-9126**	
Reclami e appelli	Contattare il reparto Member Services di Aetna Better Health al numero **1-855-456-9126** Fax: **1- 855-264-3822**	Aetna Better Health Grievance & Appeals Department 55 West 125th Street Suite 1300 New York City, NY 10027

Hotline per frodi e abusi	**1-855-456-9126**	
Dipartimento dei servizi sociali (Department of Social Services, DSS) della contea di Nassau	**(516) 227-7474,**	
Dipartimento dei servizi sociali (Department of Social Services, DSS) della contea di Suffolk	**631-854-9935**	
Amministrazione delle risorse umane (Human Resource Administration, HRA) di New York City	**1-877-422-8411**	
Dipartimento per la terza età (Department of Aging) di New York City	**518-474-7012**	
Dipartimento dei servizi finanziari (Department of Financial Services) dello Stato di New York	**1-800-400-8882**	New York State Department of Financial Services PO Box 7209 Albany NY, 12224-0209

New York State Department of Health Dipartimento di cure gestite a lungo termine Ministero della Sanità dello Stato di New York (reclami)	**1-866-712-7197**	
New York Medicaid Choice	**1-888-401-6582**	

Indice

Informazioni utili ... 2
Assistenza dal reparto Member Services (Servizi per i membri) ... 7
Ammissibilità per l'iscrizione al Programma di cure gestite a lungo termine (MLTC) ... 7
Come ci si iscrive? ... 8
Tessera identificativa (ID) ... 11
Trasferimenti ... 12
Servizi coperti dal PIANO MLTC di Aetna Better Health of New York ... 13
Servizi di gestione delle cure ... 13
Servizi aggiuntivi in convenzione ... 15
Limitazioni ... 16
Ottenere assistenza al di fuori dell'area coperta dai nostri servizi ... 17
Servizi di emergenza ... 17
Procedure relative alle cure transitorie ... 17
Programma MFP/Open Doors ... 18
Servizi Medicaid non coperti dal nostro piano ... 18
Farmacia ... 19
Servizi non coperti da Aetna Better Health of New York o Medicaid ... 19
Autorizzazioni ai servizi, ricorsi e ricorsi in appello ... 20
Autorizzazione preliminare ... 21
Riesame contestuale ... 22
Riesame retroattivo ... 22
Cosa succede dopo aver fatto una richiesta di autorizzazione a un servizio? ... 22
Tempistiche relative alle richieste di autorizzazione preliminare ... 23
Tempistiche relative alle richieste di riesame contestuale ... 23
Che cos'è un'azione? ... 24
Tempistica della Notifica di azione ... 24
Come presentare un ricorso contro un'azione? ... 26
Come posso contattare il mio piano per presentare un ricorso? ... 26
Per alcune azioni è possibile richiedere di continuare il servizio durante la procedura di ricorso ... 26
Procedura di ricorso urgente ... 27
Se il piano rifiuta il mio ricorso, cosa posso fare? ... 28
Udienze statali in contraddittorio ... 28
Ricorsi statali esterni ... 30

Reclami e ricorsi 31
Che cos'è un reclamo? 32
Procedura per i reclami 32
Come faccio a ricorrere contro la decisione di un reclamo? 33
Disiscrizione dal Piano MLTC di Aetna Better Health of New York 34
Disiscrizione su base volontaria 34
Annullamento dell'iscrizione su base non volontaria 34
Competenze culturali e linguistiche 36
Diritti e responsabilità dei membri 36
Diritti dei membri 37
Responsabilità dei membri 38
Istruzioni anticipate 38
Informazioni disponibili su richiesta 39

Benvenuto al Programma di cure gestite a lungo termine (MLTC) di Aetna Better Health of New York. Il programma MLTC è concepito per le persone in possesso di Medicaid che necessitano di servizi di cure gestite a lungo termine su base comunitaria quali i servizi di cure personali a domicilio per poter rimanere nelle proprie case e comunità il più a lungo possibile.

Il presente manuale espone i vantaggi aggiuntivi coperti da Aetna Better Health of New York una volta iscritti a questo programma. Il manuale illustra inoltre il modo in cui richiedere un servizio, sporgere un reclamo o disiscriversi da Aetna Better Health of New York. Le consigliamo di conservare il presente manuale in quanto include diverse importanti informazioni su Aetna Better Health of New York e i vantaggi del nostro programma. Avrà bisogno di questo manuale per conoscere i servizi in convenzione e la modalità con la quale accedere agli stessi.

Assistenza dal reparto Member Services (Servizi per i membri)

È possibile contattare il reparto Member Services 24 ore su 24, 7 giorni su 7 al numero qui sotto.

Il reparto Member Services è qui per assistervi al meglio.
24 ore su 24, 7 giorni su 7
Chiamare il numero **1-855-456-9126 (NY Relay: 711)** per le persone non udenti.

I membri possono ricevere informazioni in un'altra lingua. Per le persone con deficit uditivo o della vista è possibile contattare il proprio gestore delle cure o un responsabile del reparto Member Services.

Ammissibilità per l'iscrizione al Programma di cure gestite a lungo termine (MLTC)

Il MLTC è un programma per persone in possesso di Medicaid. Si è idonei a iscriversi al programma MLTC se:

1) Si ha un'età superiore ai 21 anni di età
2) Si risiede nell'area coperta dai servizi, ossia Manhattan, Brooklyn, Queens, Nassau, Suffolk, Bronx
3) Si è in possesso di Medicaid
4) Si è unicamente in possesso di Medicaid e si è idonei al livello di assistenza in casa di riposo

5) Si è idonei, al momento dell'iscrizione, a fare ritorno nonché rimanere presso il proprio domicilio e la propria comunità senza alcun pericolo per la propria salute e sicurezza
6) Si prevede la necessità di almeno uno tra i seguenti Servizi di cura a lungo termine su base comunitaria (Community Based Long Term Care Services, CBLTCS) coperto dal Programma MLTC per un periodo continuativo di oltre 120 giorni a partire dalla data di iscrizione:
   a. Servizi infermieristici a domicilio
   b. Terapie a domicilio
   c. Servizi di assistenza sanitaria a domicilio
   d. Servizi di cure personali a domicilio
   e. Assistenza sanitaria nei centri diurni per adulti
   f. Assistenza infermieristica privata; o
   g. Servizi di assistenza personale di tipo "Consumer Directed" (CDPAS)

La copertura illustrata nel presente manuale entra in vigore dalla data effettiva di iscrizione al Programma MLTC di-Aetna Better Health of New York. L'iscrizione al Programma MLTC avviene su base volontaria.

Come ci si iscrive?

1) Se non si conoscono i servizi di Cure gestite a lungo termine (MLTC), è possibile chiamare il dipartimento denominato Conflict Free Evaluation and Enrollment Center (CFEEC) del New York Medicaid Choice (NYMC) Al numero **1-855-222-8350(TYY: 1-888-329-1541)** per prenotare un appuntamento per una valutazione presso il CFEEC. Un'infermiera professionale del CFEEC fisserà un appuntamento al Suo domicilio per procedere a una valutazione della Sua idoneità ai servizi MLTC. Il dipartimento denominato Conflict Free Evaluation and Enrollment Center (CFEEC) è disponibile dal lunedì al venerdì, dalle 8:30 alle 20:00, e il sabato dalle 10:00 alle 18:00. Se verrà dichiarato idoneo, il CFEEC La metterà in contatto con Aetna Better Health of New York o con un altro programma a Sua scelta.

2) Se non si conoscono i servizi di Cure gestite a lungo termine o se si è iscritti a un altro programma di cure a lungo termine e si desidera effettuare il trasferimento, è possibile anche chiamare il nostro Member Services al numero **1-855-456-9126** e troverà un responsabile del servizio ai membri disponibile a rispondere a tutte le sue richieste.

3) I Suoi dati saranno inviati ai nostri specialisti addetti alle iscrizioni, che La contatteranno per confermare il suo interesse nei servizi MLTC di Aetna Better Health of New York e per verificare inoltre l'idoneità della sua Medicaid.

4) Lo specialista fisserà anche un appuntamento con una infermiera professionale che verrà presso il suo domicilio in un orario da Lei prescelto al fine di completare una valutazione iniziale delle sue esigenze e definire un piano Person-Centered Service Plan (PCSP) una volta completata la valutazione. La valutazione ci permette di capire il tipo di cure di cui Lei ha bisogno in base alla Sua salute e alla capacità di svolgere le attività quotidiane. Durante questa visita:

- Stabiliremo se Lei è idoneo a far parte del programma.
- La aiuteremo a compilare la richiesta d'iscrizione e la richiesta Medicaid, se necessario. La Sua richiesta per Aetna Better Health resterà in sospeso fino all'approvazione della Sua richiesta Medicaid.
- Se sta facendo domanda per Medicaid contemporaneamente alla Sua iscrizione ad Aetna Better Health of New York, l'iscrizione potrebbe richiedere almeno uno o due mesi in più rispetto al caso in cui Medicaid fosse già attiva.
- Esamineremo accuratamente questo manuale dei membri, in quanto esso contiene informazioni sulle politiche e sulle procedure ed è una parte importante del Suo accordo per l'iscrizione a questo programma, inclusi i diritti e le responsabilità dei membri.
- Esamineremo l'elenco dei fornitori.
- Svilupperemo un piano di cure proposto insieme a Lei e a qualsiasi altra persona coinvolta nelle Sue cure, quali ad esempio Suoi parenti.

5) La valutazione iniziale di Aetna Better Health per l'idoneità al piano MLTC deve essere condotta entro trenta (30) giorni dal primo contatto da parte di una persona che chiede l'iscrizione oppure dalla ricezione di un indirizzamento per il responsabile dell'iscrizione.

6) L'iscrizione a Aetna Better Health of New York avviene su base volontaria, se è interessato ad iscriversi ed è idoneo a diventare un membro di Aetna Better Health, Lei o il suo rappresentante deve firmare:

- Un accordo d'iscrizione.
- Un modulo di richiesta per la privacy. Ciò permette al gestore delle cure di parlare al fornitore di cure di base (il Suo medico) a proposito del suo piano di cure.

- L'autorizzazione per la valutazione infermieristica. Ciò permette alla nostra infermiera di compilare la sua valutazione.
- Il suo piano Person-Centered Service Plan (PCSP).
- Piano di intervento/di riserva.
- Protocollo d'intesa per i Servizi di assistenza personale di tipo "Consumer Directed" (se applicabile).
- La liberatoria per la fotografia (opzionale).

Prima e dopo la firma se sceglie di non procedere all'iscrizione, Lei ha la facoltà di ritirare la sua richiesta o l'accordo all'iscrizione entro il mezzogiorno del giorno 20 del mese precedente alla data effettiva d'iscrizione, indicando la sua decisione a voce o per iscritto; Le invieremo una conferma scritta del suo ritiro.
Nel caso in cui scelga di procedere all'iscrizione con Aetna Better Health of New York sottoporremo la sua richiesta a New York Medicaid Choice. La sua richiesta di iscrizione sarà esaminata e determinata da New York Medicaid Choice. La copertura spiegata in questo manuale dei membri entra in vigore dalla data effettiva della Sua iscrizione al piano Aetna Better Health. L'iscrizione ad Aetna Better Health è volontaria. In caso di domande sul nostro piano o sull'iscrizione, può contattare il reparto Member Services (Servizi per i membri) al numero **1-855-456-9126**, che Lei sia già un membro di Aetna Better Health o meno.
La richiesta di iscrizione al piano MLTC di Aetna Better Health of New York potrebbe essere rifiutata nel caso in cui al momento dell'iscrizione:

- Non si soddisfano i criteri di ammissibilità menzionati in precedenza.
- Non si necessita dei Servizi di cura a lungo termine su base comunitaria (CBLTCS) per più di 120 giorni.
- Soggetti che stanno ricevendo Servizi per malati terminali.
- Soggetti residenti presso una struttura residenziale dell'Ufficio per la salute mentale, una struttura/centro di recupero dell'Ufficio per persone con disabilità evolutiva (OPWDD), una casa di cura (ALP) o un programma di riabilitazione a lungo termine per abuso di sostanze stupefacenti o alcol.
- Soggetti che stanno ricevendo i Servizi a domicilio e su base comunitaria dell'Ufficio per persone con disabilità evolutiva (OPWDD), inseriti in un programma per soggetti affetti da trauma cranio-encefalico o in programmi in deroga, sezione 191S(c), per soggetti dimessi da una residenza sanitaria o che vogliono evitare il ricovero.

- Soggetti al di sotto dei 65 anni inseriti in un programma di diagnosi precoce del cancro al seno e/o al collo dell'utero dei Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie e necessitano di trattamenti per il cancro alla mammella o al collo dell'utero e non sono altrimenti coperti da un'assicurazione sanitaria valida.
- Soggetti con idoneità a Medicaid per meno di 6 mesi, che beneficiano di copertura limitata alle cure d'emergenza o idonei a partecipare ai programmi per l'espansione dei servizi di pianificazione familiare.

Se è un nuovo iscritto di Aetna Better Health e sta ricevendo un ciclo di trattamento da un fornitore che non fa parte della nostra rete convenzionata, può continuare tale trattamento per 90 giorni al massimo dal giorno in cui si iscrive ad Aetna Better Health. Per poter continuare il trattamento, il Suo fornitore deve:

- Accettare le tariffe di Aetna Better Health.
- Aderire alle politiche di Aetna Better Health, inclusa quella sulla garanzia di qualità.
- Fornire informazioni mediche sulle cure ad Aetna Better Health.

Tessera identificativa (ID)

Quando entrerà a far parte del nostro piano sanitario, Lei riceverà una tessera identificativa (ID) di Aetna Better Health of New York.. Si prega di verificare che tutte i dati presenti sulla tessera siano corretti. Assicurarsi di portare sempre con sé la tessera identificativa e la sua tessera Medicaid. In caso di perdita o furto della tessera, si prega di mettersi in contatto con il nostro Member Services al numero **1-855-456-9126**.

Trasferimenti

Se si desidera effettuare il trasferimento a un altro piano MLTC Medicaid

È possibile effettuare un periodo di prova di 90 giorni. È possibile abbandonare in qualsiasi momento il piano di Aetna Better Health of New York e scegliere un nuovo piano sanitario. Nel caso in cui non abbandoni il piano nei primi 90 giorni, dovrà restare in Aetna Better Health of New York per altri nove mesi, a meno che non abbia dei legittimi motivi per farlo (giusta causa). Alcuni esempi di giusta causa includono:

- Trasferimento al di fuori dell'area coperta dai nostri servizi.
- Lei, il piano e il Dipartimento dei servizi sociali della sua contea o il Dipartimento della salute dello Stato di New York sono tutti d'accordo che abbandonare Aetna Better Health of New York sia la cosa migliore per lei.
- Il suo fornitore di assistenza domiciliare non è è inserito nel nostro piano.
- Non siamo stati in grado di fornirle i servizi ai sensi del contratto stipulato con lo Stato.

In caso di possesso dei requisiti, è possibile passare in qualsiasi momento e senza una buona causa a un altro tipo di piano di assistenza a lungo termine gestito come Medicaid Advantage Plus (MAP) o Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE).

Per cambiare piano: Chiamare New York Medicaid Choice al numero **1-888-401-6582**. I consulenti di New York Medicaid Choice le forniranno assistenza al fine di modificare il suo piano sanitario.

Possono essere necessarie tra le due e le sei settimane perché la sua iscrizione a un nuovo piano divenga attiva. Riceverà una notifica da New York Medicaid Choice che le comunica la data di iscrizione al nuovo piano. Aetna Better Health of New York le fornirà tutte le cure di cui ha bisogno fino a quel momento.

La preghiamo di contattare New York Medicaid Choice nel caso in cui avesse la necessità di affrettare i tempi del passaggio al nuovo piano poiché la sua salute è a rischio. È inoltre possibile richiedere di affrettare i tempi se si è comunicato a New York Medicaid Choice che non si accetta di iscriversi a Aetna Better Health of New York.

Servizi coperti dal PIANO MLTC di Aetna Better Health of New York

Servizi di gestione delle cure

Con il nostro piano, Lei riceverà i Servizi di gestione delle cure. Le sarà assegnato un gestore delle cure, ossia un operatore sanitario, generalmente un'infermiera o un assistente sociale. Il suo gestore delle cure aiuterà Lei e il suo medico per assicurarsi che riceva tutti i servizi di cui ha bisogno e definire un piano di assistenza. Il suo gestore delle cure si occuperà anche di organizzare tutti gli appuntamenti per qualsiasi servizio sanitario di cui ha bisogno e di organizzare il trasporto per ricevere tali servizi. I servizi di gestione delle cure includono l'indirizzamento specialistico, assistenza nei – o coordinamento dei - servizi per l'iscritto al fine di ottenere i necessari servizi medici, sociali, didattici, psicosociali, finanziari e altri servizi in supporto del PCSP, indipendentemente dal fatto che i servizi necessari siano inclusi o meno nel pacchetto dei benefici.

Dopo che Lei avrà accettato di diventare membro di Aetna Better Health, il Suo gestore delle cure parlerà all'infermiera che ha eseguito la visita a domicilio. Verranno esaminate le informazioni raccolte nella visita a domicilio. In seguito, il Suo gestore delle cure La contatterà per parlare ulteriormente delle Sue esigenze. Insieme svilupperete il Suo piano Person-Centered Service Plan (PCSP).
Il Suo piano di cure si basa sul suo stato e sulle Sue esigenze sanitarie. Il suo fornitore di cure di base può fornirci informazioni, parlare con Lei e con il suo responsabile per l'assistenza e contribuire allo sviluppo del Suo piano di cure. Raccoglieremo inoltre i pareri dei suoi parenti, caregiver e altre persone con cui, secondo Lei, è importante parlare. Il piano di cure descriverà gli orari delle cure personali di cui ha bisogno. Il piano di cure elencherà gli altri servizi che riceverà da Aetna Better Health. Il piano di cure descriverà i servizi che saranno coperti da Aetna Better Health e la programmazione con cui verranno forniti. Il Suo piano di cure è importante, in quanto dimostra che abbiamo lavorato tutti insieme per decidere il modo in cui aiutarla e include i servizi che pagheremo per aiutarla a curarsi e a restare in buona salute per quanto possibile.

Dopo che il Suo piano Person-Centered Service Plan (PCSP) sarà stato sviluppato, il suo team di gestione cure La aiuterà a ricevere tutte le cure e i servizi di cui ha bisogno. Il team di gestione cure lavorerà al Suo fianco per fissare gli appuntamenti per qualsiasi servizio sanitario di cui ha bisogno. Il team di gestione cure prenoterà inoltre i mezzi di trasporto di cui ha bisogno per ricevere tali servizi.

Il Suo gestore delle cure La contatterà almeno una volta al mese per un controllo. Il team di gestione cure di Aetna Better Health garantirà a ciascun iscritto una visita a domicilio per la gestione delle cure ogni sei (6) mesi come minimo; tale visita può far parte di un'eventuale rivalutazione ma non può essere disposta tramite un accordo delegato esclusivamente per soddisfare il requisito del Sistema di valutazione uniforme.

a. Assicurarsi che il tipo di gestione delle cure e il Piano di Cura che Lei riceve in quanto iscritto sia basato sul grado di gravità della sua malattia e risponda sia alle esigenze del suo corpo che della sua mente.
b. Determinare il numero di gestori delle cure in base al numero di soggetti coinvolti nel piano e al grado di gravità dei loro problemi di salute riguardanti sia il corpo che la mente. Se la gestione delle cure è fornita tramite un “approccio di squadra”, allora gli Orientamenti di gestione delle cure dovranno indicare il modo di operare della squadra.
c. I membri riceveranno informazioni sui Servizi di assistenza personale di tipo "Consumer Directed" (CDPAS) e su altre opzioni di servizi al momento della creazione del piano di cure con il membro in seguito alla visita presso il proprio domicilio dell’infermiera.
d. Il suo gestore delle cure Le comunicherà in merito a tutte le sue richieste presentate. Lei avrà sempre il numero di telefono del Suo gestore delle cure.

La fruizione dei servizi inizierà il primo giorno del mese dopo quello in cui è stata approvata la Sua richiesta d'iscrizione. Il Suo team di gestione cure La aiuterà a coordinare le Sue cure, quali ad esempio le visite mediche, i farmaci prescrivibili e i ricoveri ospedalieri con altri fornitori sanitari. Lei può partecipare alle Sue cure condividendo con il team di gestione cure le Sue esigenze e preoccupazioni, al fine di poter continuare a vivere in modo indipendente nella Sua comunità. Insieme al Suo team riesaminerà il Suo piano di cure almeno due volte all'anno. Il team di gestione cure può inoltre riesaminare il Suo piano di cure in caso di cambiamento delle Sue condizioni, per garantire che Lei riceva i servizi di cui ha bisogno.

Servizi aggiuntivi in convenzione
Dal momento che è in possesso di Medicaid e è idoneo al piano MLTC, il nostro piano organizzerà e sosterrà i costi dei servizi sanitari aggiuntivi descritti qui di seguito. Lei può ricevere questi-servizi finché sono necessari dal punto di vista medico, ossia, finché sono necessari per prevenire o curare una patologia o una disabilità. Il suo gestore delle cure La aiuterà a identificare i servizi di cui ha bisogno e i relativi fornitori. In alcuni casi, potrebbe essere necessaria una prescrizione per una visita specialistica è una ricetta del suo medico di base per ottenere tali servizi. Dovrà ottenere questi servizi da fornitori inseriti nella rete di Aetna Better Health of New York. Qualora non trovasse un fornitore all'interno del nostro piano, dovrà ricevere i servizi coperti dai fornitori della rete convenzionata di Aetna Better Health. Lei può ottenere un indirizzamento ad un fornitore sanitario esterno alla rete convenzionata nel caso in cui Aetna Better Health non disponesse di un fornitore con la formazione o l'esperienza approvate per soddisfare le sue esigenze. Se richiedesse un fornitore esterno alla rete convenzionata, contatti il Suo team di gestione cure che La aiuterà a ottenere un'autorizzazione.

Prima di poter usufruire di un fornitore esterno alla rete convenzionata di Aetna Better Health per i servizi coperti, Lei deve ricevere un'autorizzazione da Aetna Better Health. Se prima non ottiene l'autorizzazione richiesta, il fornitore non verrà pagato per i servizi. Nel caso avesse domande su questa procedura, contatti il Suo team di gestione cure oppure il reparto Member Services al numero verde **1-855-456-9126**.

Se desidera un servizio e il Suo fornitore non glielo fornisse a causa di motivi morali o religiosi, contatti il suo team di gestione cure oppure il reparto Member Services al numero verde **1-855-456-9126**. La aiuteranno a trovare un fornitore per il servizio coperto.
Per i servizi coperti, Lei non deve ricevere alcuna fattura né deve pagare alcunché. Qualora ciò avvenisse, contatti il Suo team di gestione cure oppure il reparto Member Services al numero verde **1-855-456-9126** .

- Servizi di riabilitazione per non degenti
- Assistenza personale (come l'assistenza per fare il bagno, mangiare, vestirsi, andare in bagno e camminare)
- Servizi di assistenza sanitaria a domicilio non coperti da Medicare, tra cui assistenza infermieristica, assistenza sanitaria a domicilio, terapie occupazionali, fisiche e del linguaggio
- Nutrizionista
- Servizi sociali medici (Medical Social Services)

- Pasti consegnati a domicilio e/o pasti in un ambiente di gruppo come una casa di riposo
- Cure nei centri di socializzazione
- Trasporti non di emergenza (Non-emergency Transportation)
- Assistenza infermieristica privata
- Servizi odontoiatrici
- Supporti sociali/ambientali (come servizi di assistenza domestica, modifiche all'abitazione o di terapia del sollievo)
- Sistema di risposta in caso di emergenze personali
- Cure mediche nei centri diurni per adulti
- Cure in casa di riposo non coperte da Medicare (a condizione che Lei sia idoneo a Medicaid istituzionale)
- Audiologia
- Attrezzature mediche durature (DME)
- Forniture mediche
- Protesi e ortottica
- Optometria
- Servizi di assistenza personale di tipo "Consumer Directed" (CDPAS)
- Podiatria
- Terapia respiratoria

Limitazioni

La formula enterale e i supplementi nutrizionali sono limitati ai soggetti che non possono essere alimentati con altri mezzi e alle seguenti condizioni: 1) soggetti alimentati per via endovenosa che non possono masticare o deglutire il cibo e devono essere alimentati tramite sondino; nonché 2) soggetti con rari disturbi metabolici congeniti che richiedono formule mediche specifiche per garantire l'apporto di nutrienti essenziali non disponibili con altri mezzi. La copertura nel caso di malattie legate al metabolismo degli aminoacidi e degli acidi organici comprende i prodotti alimentari solidi modificati che sono a basso contenuto proteico o che contengono proteine modificate.

Le cure in casa di riposo sono coperte per i soggetti da considerarsi inseriti in modo permanente per almeno tre mesi. In seguito a tale periodo, l'assistenza in casa di cura può essere coperta tramite la normale Medicaid.

Ottenere assistenza al di fuori dell’area coperta dai nostri servizi

È tenuto a informare il suo gestore delle cure nel caso in cui si rechi al di fuori dell’area coperta dai nostri servizi. Se ha bisogno di servizi al di fuori dell'area di copertura, il suo gestore delle cure dovrebbe essere tenuto informato per assisterLa nell'organizzazione dei servizi.

Servizi di emergenza

Per servizio di emergenza si intende l'insorgenza improvvisa di una patologia che comporta seri rischi per la sua salute. Per emergenze di tipo medico, si prega di contattare il 911. Come indicato sopra, non è necessaria un'autorizzazione preliminare per i servizi di emergenza. Tuttavia, è necessario informare Aetna Better Health of New York entro 24 ore dall'emergenza. Potrebbe aver bisogno di servizi di assistenza a lungo termine che possono essere forniti solo attraverso Aetna Better Health of New York.

In caso di ricovero ospedaliero, un membro della famiglia o un altro caregiver dovrà contattare Aetna Better Health of New York entro 24 ore dal ricovero. Il suo gestore delle cure sospenderà i suoi servizi di assistenza domiciliare e cancellerà altri appuntamenti, se necessario. Si assicuri di informare il suo medico curante, o il medico che si occupa delle dimissioni ospedaliere, affinché contatti Aetna Better Health of New York in modo da poter pianificare insieme a loro l'assistenza al momento della sua dimissione dall'ospedale.

Procedure relative alle cure transitorie

Se è un nuovo membro di Aetna Better Health di New York può continuare un ciclo di trattamento in corso per un periodo transitorio fino a 60 giorni dall'iscrizione da un fornitore che non fa parte della nostra rete convenzionata se tale fornitore accetta il pagamento alla tariffa stabilita dal piano, aderisce alla garanzia di qualità di Aetna Better Health of New York e ad altre politiche, nonché fornisce informazioni mediche sulle cure del piano.

Se il suo fornire abbandonasse la rete convenzionata può continuare un ciclo di trattamento in corso per un periodo transitorio fino a 90 giorni dall'iscrizione da un fornitore che non fa parte della nostra rete convenzionata se tale fornitore accetta il pagamento alla tariffa stabilita dal piano, aderisce alla garanzia di qualità di Aetna Better Health of New York e ad altre politiche, nonché fornisce informazioni mediche sulle cure del piano.

Programma MFP/Open Doors

In questa sezione vengono illustrati i servizi e i supporti disponibili tramite il programma MFP (Money Follows the Person) / Open Doors (Porte aperte). Il programma MFP / Open Doors è un programma che può aiutarLa a lasciare una casa di riposo e tornare al suo domicilio o in una residenza comunitaria. È idoneo al programma MFP se:

- Ha abitato in una casa di riposo come minimo per tre mesi
- Ha esigenze sanitarie che possono essere soddisfatte tramite servizi nella sua comunità

Il programma MFP / Open Doors dispone di persone, denominate specialisti e colleghi di transizione, che possono incontrarLa nella sua casa di riposo e fornirLe informazioni sulle modalità del suo ritorno in comunità. Gli specialisti e colleghi di transizione sono diversi dai gestori delle cure e dagli addetti alle dimissioni. L'ICAN può aiutarLa nel:

- FornirLe informazioni sui servizi e i supporti all'interno della comunità
- Trovare i servizi offerti nella comunità per aiutarLa ad essere indipendente
- VisitandoLa o contattandoLa dopo il suo spostamento per assicurarsi che abbia ciò che Le serve al suo domicilio

Per ulteriori informazioni sul programma MFP / Open Doors, oppure per predisporre una visita con uno specialista o un collega di transizione, contatti la New York Association on Independent Living al numero **1-844-545-7108**, o all'indirizzo e-mail **mfp@health.ny.gov**. È possibile inoltre visitare il sito Web del programma *MFP/Open Doors* all'indirizzo **www.health.ny.gov/mfp** o all'indirizzo **www.ilny.org**.

Servizi Medicaid non coperti dal nostro piano

Alcuni servizi Medicaid non coperti da Aetna Better Health of New York potrebbero essere coperti dalla normale Medicaid. È possibile usufruire di tali servizi da qualsiasi fornitore che accetta Medicaid tramite la sua Tessera Vantaggi Medicaid. Contattare il reparto Member Services al numero **1-855-456-9126** in caso di dubbi o domande sulla copertura di un servizio da parte di Aetna Better Health of New York o Medicaid. Alcuni dei servizi coperti da Medicaid tramite la Tessera Vantaggi Medicaid includono:

Farmacia

La maggior parte dei farmaci con o senza prescrizione, nonché preparazioni farmaceutiche, sono coperti dalla normale Medicaid or Medicare Part D se si è in possesso di Medicare. Alcuni servizi di sanità mentale includono:

- Programmi di riabilitazione psichiatrica intensiva
- Trattamenti giornalieri
- Gestione dei casi di malattia mentale grave e persistente (sponsorizzati dalle unità di salute mentale statali o locali)
- Assistenza ospedaliera parziale non coperta da Medicare
- Servizi di riabilitazione per i residenti in comunità o che ricevono assistenza presso il proprio domicilio
- Trattamento diurno continuato
- Trattamento assertivo della comunità
- Servizi PROS (servizi orientati al recupero personalizzato)

Alcuni servizi relativi al deficit intellettivo e alle disabilità intellettive includono:

- Terapie a lungo termine
- Trattamenti giornalieri
- Coordinamento dei servizi Medicaid
- Servizi ricevuti nell'ambito dei programma in deroga dei servizi a domicilio e su base comunitaria

Altri servizi Medicaid includono:

- Programma di trattamento con metadone
- Terapia Osservata Direttamente per la tubercolosi (TB)
- Gestione dei casi HIV COBRA
- Conversione o terapia riparativa
- Ambulatorio familiare

Servizi non coperti da Aetna Better Health of New York o Medicaid

Lei dovrà pagare per i servizi non coperti da Aetna Better Health of New York o da Medicaid se il suo fornitore La avvisa in anticipo che tali servizi non sono coperti E se Lei

accetta di pagarli. Alcuni esempi di servizi non coperti da Aetna Better Health of New York o Medicaid sono:

- Chirurgia estetica, se non necessaria da un punto di vista medico
- Articoli personali e per il benessere della persona
- Trattamenti per l'infertilità
- Servizi di un fornitore che non fa parte del piano (a meno che non sia Aetna Better Health di New York a mandarLa presso tale fornitore)

In caso di domande, contatti il reparto Member Services al numero **1-855-456-9126**

Autorizzazioni ai servizi, ricorsi e ricorsi in appello

Quando si richiede un'autorizzazione a un trattamento o a un servizio, quest'ultima è denominata richiesta di autorizzazione a un servizio. La richiesta, da parte Sua o del Suo fornitore, di servizi nuovi o aggiuntivi verrà gestita in uno dei seguenti modi:

Passaggi dell'autorizzazione al servizio

Qui di seguito sono elencati i passaggi per l'approvazione preliminare:

- Il Suo fornitore trasmette ad Aetna Better Health le informazioni sui servizi di cui Lei ritiene di aver bisogno.
- Aetna Better Health esamina le informazioni.
- Se la richiesta non può essere approvata, un fornitore diverso di Aetna Better Health esaminerà le informazioni.
- Aetna Better Health Le farà sapere quando prenderemo una decisione. Invieremo a Lei e al Suo fornitore una lettera per far sapere la nostra decisione. Quando un servizio viene approvato o rifiutato, Lei e il Suo fornitore ricevete una lettera.
- Se la richiesta viene rifiutata, la lettera ne indicherà il motivo.
- Se un servizio viene rifiutato, Lei - o il Suo fornitore - può presentare ricorso.

Autorizzeremo i servizi in una certa quantità e per uno specifico periodo di tempo. Quest'ultimo è denominato **periodo di autorizzazione.**

Autorizzazione preliminare

Alcuni servizi in convenzione necessitano di un' **autorizzazione preliminare** (approvazione preventiva) da parte del nostro staff prima di usufruire di tali servizi o allo scopo di continuare a usufruirne. Lei stesso o qualcuno di sua fiducia potete farne richiesta.
I seguenti trattamenti e servizi devono essere autorizzati prima di usufruirne:

- Cure mediche o di assistenza presso centri diurni per adulti
- Cure con assistente personale
- Servizi audiologici e apparecchi acustici
- Odontoiatria
- Integratori dietetici e consulenza nutrizionale
- Le apparecchiature mediche durevoli includono: forniture mediche/chirurgiche, protesi, calzature ortopediche, bastoni, letti da ospedale, sedie a rotelle, ossigeno e deambulatori.
- Assistenza domiciliare - Infermieristica qualificata/autorizzata (RN o LPN) fisioterapia, terapia occupazionale, logopedia, servizi di assistenza medica e sociale
- Assistenza domiciliare - Assistenti sanitari a domicilio senza licenza (HHA)
- Pasti forniti a domicilio o in una struttura
- Forniture mediche
- Trasporti non di emergenza (Non-emergency Transportation)
- Cure in casa di riposo
- L'assistenza personale include le pulizie di casa, la preparazione dei pasti, l'assistenza per fare il bagno e l'andare in bagno
- Sistema di risposta per emergenza personale (PERS)
- Podiatria
- Protesi e ortottica
- Terapia respiratoria, attrezzature mediche, forniture, terapia respiratoria e ossigeno
- Supporti sociali e ambientali
- Cure nei centri di socializzazione
- Logopedia
- Vista
- Telesalute
- Servizi di assistenza personale di tipo "Consumer Directed" (CDPAS)

Riesame contestuale

È anche possibile richiedere al proprio gestore delle cure di ottenere più di un servizio. Ciò è denominato **riesame contestuale**.

Riesame retroattivo

A volte eseguiremo un riesame retroattivo dell'assistenza che sta ricevendo per valutare se ne ha ancora bisogno. Potremmo inoltre sottoporre a riesame altri trattamenti e servizi di chi ha già usufruito. Ciò è denominato **riesame retrospettivo**. Le comunicheremo se e quando procederemo a tali riesami.

Cosa succede dopo aver fatto una richiesta di autorizzazione a un servizio?

Il piano prevede che lo staff addetto alla procedura di riesame si accerti che Lei riceva i servizi promessi. I medici e il personale infermieristico fanno parte dello staff addetto al riesame. Il loro compito è quello di accertarsi che il trattamento o il servizio da Lei richiesto sia necessario e opportuno nel suo caso. Lo staff esaminerà il suo piano di trattamento ai sensi delle norme mediche ammissibili.

Potremmo decidere di non autorizzare un servizio o di autorizzarlo per una quantità minore di quella richiesta. Tali decisioni saranno prese da un operatore sanitario qualificato. Qualora stabilissimo che un servizio non è necessario dal punto di vista medico, la decisione sarà presa da un revisore clinico di pari livello, che può essere un medico, un infermiere o un operatore sanitario che generalmente fornisce l'assistenza da lei richiesta. È possibile richiedere la visione delle specifiche norme mediche, denominati **criteri di revisione clinica**, usati per prendere la decisione relativa all'esigenza medica.

Una volta ricevuta la richiesta, procederemo al riesame secondo una procedura **standard** o **rapida**. Lei è il suo medico potete richiedere un riesame secondo la procedura rapida se si ritiene che un ritardo provocherà seri danni alla sua salute. Se la sua richiesta per un riesame secondo la procedura accelerata viene negata, Le invieremo una notifica e la sua richiesta verrà esaminata ai sensi della procedura di riesame standard. In tutti i casi, esamineremo la sua richiesta più rapidamente possibile e in base alla sua situazione medica, ma non più tardi dei tempi indicati qui di seguito.

Tempistiche relative alle richieste di autorizzazione preliminare

- Riesame standard: Prenderemo una decisione sul suo caso entro 3 giorni lavorativi dalla ricezione di tutte le informazioni necessarie e La contatteremo entro 14 giorni dalla ricezione della sua richiesta. Le comunicheremo entro il 14esimo giorno se avessimo bisogno di ulteriori informazioni.
- Riesame rapido: Prenderemo una decisione sul suo caso e La contatteremo entro 72 ore. Le comunicheremo entro 72 ore se avessimo bisogno di ulteriori informazioni.

Tempistiche relative alle richieste di riesame contestuale

- Riesame standard: Prenderemo una decisione sul suo caso entro 1 giorno lavorativo dalla ricezione di tutte le informazioni necessarie e La contatteremo entro 14 giorni dalla ricezione della sua richiesta.
- Riesame rapido: Prenderemo una decisione sul suo caso entro 1 giorno lavorativo dalla ricezione di tutte le informazioni necessarie. La contatteremo entro 72 ore dalla ricezione della sua richiesta. Le comunicheremo entro 1 giorno lavorativo se avessimo bisogno di ulteriori informazioni.

Qualora avessimo bisogno di più informazioni per prendere una decisione standard o rapida sulla sua richiesta, le tempistiche sopra menzionate possono prolungarsi fino a 14 giorni. Nel frattempo:

- La contatteremo richiedendole le informazioni necessarie. Se la sua richiesta avviene secondo il riesame rapido, La contatteremo subito telefonicamente e successivamente mediante notifica scritta.
- Le comunicheremo il motivo per cui il ritardo è nel suo interesse.
- Prenderemo una decisione nel più breve tempo possibile una volta ricevute tutte le informazioni necessarie, e comunque non più tardi di 14 giorni a partire dalla richiesta di ulteriori informazioni.

Lei, il suo fornitore o una persona di sua fiducia potete anche richiedere di estendere i tempi della decisione. Ciò potrebbe avvenire nel caso in cui disponesse di ulteriori informazioni da allegare al piano e che potrebbero facilitare un esito favorevole della sua richiesta. Ciò può essere fatto chiamando il numero **1-855-456-9126** o inviando una notifica in forma scritta.

Lei, o una persona di sua fiducia, può presentare un reclamo al piano nel caso in cui non sia d'accordo sul fatto che il riesame della sua richiesta necessiti di più tempo. Lei, o una persona di sua fiducia, può in qualsiasi momento presentare un reclamo alle tempistiche di riesame presso il Ministero della Sanità dello Stato di New York chiamando il numero **1-866-712-7197**.

Se la nostra risposta è Sì, in tutto o in parte, a ciò che ha richiesto, autorizzeremo il servizio o Le forniremo l'articolo che ha richiesto.

Se la nostra risposta è No, in tutto o in parte, a ciò che ha richiesto, Le invieremo una notifica scritta spiegandole i motivi del rifiuto. La preghiamo di fare riferimento alla sezione Come posso ricorrere in appello a un'azione? che spiega come ricorrere in appello se in disaccordo con una nostra decisione.

Che cos'è un'azione?

Quando (inserire il nome del piano) rifiuta o limita i servizi richiesti da Lei o dal Suo fornitore; rifiuta la richiesta di prescrizione per una visita specialistica; decide che un servizio richiesto non rappresenta un beneficio coperto; limita, riduce, sospende o interrompe servizi precedentemente autorizzati; rifiuta il pagamento per i servizi; non fornisce servizi tempestivi oppure non produce decisioni su reclami o ricorsi entro le scadenze richieste, tutti questi casi vengono considerati "azioni". Un'azione è soggetta a un appello. (Per ulteriori informazioni, vedere Come faccio a ricorrere contro un'azione?)

Tempistica della Notifica di azione

Se decidiamo di rifiutare o limitare i servizi da Lei richiesti oppure decidiamo di non pagare, in tutto o in parte, un servizio coperto, Le invieremo un avviso una volta presa la nostra decisione. Se stiamo proponendo di limitare, ridurre, sospendere o interrompere un servizio precedentemente autorizzato, la nostra lettera verrà inviata almeno 10 giorni prima della data in cui intendiamo modificare il servizio in questione.

Contenuto della Notifica di azione

Qualsiasi avviso che Le invieremo a proposito di un'azione:

- Spiegherà l'azione che abbiamo intrapreso o intendiamo intraprendere
- Citerà i motivi dell'azione, inclusa l'eventuale logica clinica alla sua base
- Descriverà il Suo diritto a presentare un ricorso nei nostri confronti (incluso il fatto che Lei possa o meno avere il diritto alla procedura di ricorso esterno dello Stato)
- Descriverà il modo in cui presentare un ricorso interno e le circostanze in cui Lei può richiederci un'accelerazione del nostro riesame del Suo ricorso interno
- Descriverà la disponibilità dei criteri di revisione clinica su cui ci siamo basati per prendere la decisione, se la problematica interessata ha implicato problemi dal punto di vista medico o se il trattamento o il servizio in questione erano sperimentali o investigativi
- Descriverà, se del caso, le informazioni che Lei e/o il suo fornitore dovete fornirci in modo da pronunciare una decisione sul ricorso

La notifica La informerà inoltre sul suo diritto di presentare un ricorso o richiedere un'udienza statale in contraddittorio:

- Le spiegherà la differenza tra un ricorso e un'udienza in contraddittorio
- Le spiegherà che non deve presentare ricorso prima di richiedere un'udienza in contraddittorio
- Le spiegherà come presentare un ricorso

Se stiamo limitando, riducendo, sospendendo o interrompendo un servizio autorizzato, la notifica La informerà inoltre del Suo diritto alla continuazione dei servizi mentre prendiamo una decisione sul suo ricorso. Per la continuazione dei servizi deve presentare ricorso entro 10 giorni dalla data presente sulla notifica oppure dalla data effettiva dell'azione proposta, se quest'ultima data è posteriore.

Come presentare un ricorso contro un'azione?

Se non è d'accordo con un'azione che abbiamo intrapreso, Lei può presentare ricorso. Se Lei presenta un ricorso, ciò significa che dobbiamo esaminare di nuovo il motivo per cui abbiamo intrapreso la nostra azione per decidere se eravamo nel giusto. Lei può presentare un ricorso contro un'azione del piano oralmente o per iscritto. Quando il piano Le invia una lettera su un'azione che sta intraprendendo (quali ad esempio rifiutare o limitare servizi, oppure non pagare i servizi), Lei deve presentare la Sua richiesta di ricorso entro 60 giorni dalla data contenuta nella notifica. Se stiamo riducendo, sospendendo o interrompendo un servizio autorizzato e Lei desidera che tale servizio continui mentre prendiamo una decisione sul suo ricorso, deve presentare ricorso entro 10 giorni dalla data presente sulla notifica oppure dalla data effettiva dell'azione proposta, se quest'ultima data è posteriore.

Come posso contattare il mio piano per presentare un ricorso?

È possibile mettersi in contatto con noi chiamando il numero **1-855-456-9126** oppure, per iscritto, al seguente indirizzo:
Aetna Better Health of New York
55 West 125th Street, Suite 1300
New York, NY 10027

La persona che riceve il Suo ricorso lo registrerà e uno staff appropriato supervisionerà l'esame del ricorso. Le invieremo una notifica segnalandole che abbiamo ricevuto il Suo ricorso e indicandole il modo in cui lo gestiremo. Il Suo ricorso verrà esaminato da uno staff clinico esperto, non coinvolto nella decisione iniziale del piano né nell'azione contro cui sta facendo ricorso.

Per alcune azioni è possibile richiedere di continuare il servizio durante la procedura di ricorso

Se ha presentato ricorso contro una limitazione, riduzione, sospensione o interruzione dei servizi che è attualmente autorizzato a ricevere, Lei deve presentare un ricorsoper continuare a ricevere tali servizi mentre prendiamo una decisione sul suo ricorso. Siamo tenuti a continuare a fornirLe il servizio se presenta

la richiesta entro 10 giorni dalla notifica relativa alla limitazione, riduzione, sospensione o interruzione dei servizi oppure dalla data di entrata in vigore dell'azione proposta, se quest'ultima data è posteriore. Per saperne di più su come presentare ricorso a un piano e per richiedere la continuazione dei servizi, La preghiamo di fare riferimento alla sezione **Come presentare un ricorso contro un'azione?** qui sopra.

Sebbene Lei possa richiedere la continuazione dei servizi mentre il suo ricorso è in esame, se il ricorso non viene deciso in suo favore noi potremo richiederle il pagamento per tali servizi nel caso in cui fossero stati forniti soltanto sulla base della sua richiesta di continuazione durante il riesame del suo caso.

Quanto tempo sarà necessario al piano per decidere sul mio ricorso contro un'azione?

A meno che Lei non abbia chiesto un'accelerazione del riesame, esamineremo il suo ricorso contro l'azione da noi intrapresa come ricorso standard Le invieremo una notifica scritta contenente la decisione il prima possibile e sulla base delle sue condizioni di salute, ma in ogni caso entro 30 giorni dal ricevimento del ricorso. (Il periodo d'esame può essere prorogato fino a 14 giorni qualora Lei richiedesse una proroga o noi avessimo bisogno di maggiori informazioni e la proroga fosse nel suo interesse.) Durante il nostro esame Lei potrà presentare il suo caso di persona e per iscritto. Le invieremo anche la documentazione facente parte del riesame del ricorso.

Le invieremo un avviso sulla decisione presa sul Suo ricorso, che identificherà tale decisione e la data in cui abbiamo raggiunto tale decisione.
Nel caso ribaltassimo la nostra decisione di rifiutare o limitare i servizi richiesti oppure di limitare, ridurre, sospendere o interrompere servizi e tali servizi non fossero stati forniti mentre il ricorso era in sospeso, Le forniremo i servizi in questione il prima possibile sulla base delle sue condizioni di salute. In alcuni casi Lei può richiedere un ricorso "urgente". (Vedere la sezione Procedura di ricorso urgente qui di seguito).

Procedura di ricorso urgente

Accelereremo sempre il riesame se l'appello riguarda la richiesta di un servizio che sta già ricevendo. Se Lei - o il Suo fornitore - ritenesse che il tempo richiesto da un ricorso standard possa provocare un serio problema alla Sua salute o alla sua vita,

può richiedere un esame urgente del suo ricorso contro l'azione. Le notificheremo la nostra decisione entro 2 giorni lavorativi dalla data in cui abbiamo ricevuto tutte le informazioni necessarie. In nessun caso il tempo per comunicare la nostra decisione sarà superiore a 72 ore dal ricevimento del Suo ricorso. (Il periodo d'esame può essere prorogato fino a 14 giorni qualora Lei richiedesse una proroga o noi avessimo bisogno di maggiori informazioni e la proroga fosse nel suo interesse.)

Qualora non fossimo d'accordo con la Sua richiesta di ricorso urgente, ci sforzeremo quanto più possibile di contattarla di persona in modo da farle sapere che abbiamo rifiutato tale richiesta di ricorso urgente e quindi la gestiremo come un ricorso standard. Inoltre, Le invieremo un avviso scritto contenente la nostra decisione di rifiutare la Sua richiesta di ricorso urgente entro 2 giorni dal ricevimento di tale richiesta.

Se il piano rifiuta il mio ricorso, cosa posso fare?

Se la nostra decisione sul Suo ricorso non fosse completamente in Suo favore, l'avviso da Lei ricevuto spiegherà il Suo diritto a richiedere un'udienza in contraddittorio a Medicaid dello stato di New York e spiegherà inoltre come ottenere un'udienza di tale tipo, chi può comparire in occasione di tale udienza in Sua vece e, per alcuni ricorsi, il Suo diritto di richiedere di ricevere i servizi mentre il confronto è in corso e come eseguire tale richiesta.

Nota: Lei deve richiedere un'udienza in contraddittorio entro 120 giorni di calendario a partire dalla data della notifica di decisione avversa finale.

Qualora rifiutassimo il suo ricorso a causa di problemi di necessità dal punto di vista medico oppure qualora il servizio in questione fosse sperimentale o investigativo, l'avviso Le spiegherà inoltre come richiedere allo Stato di New York un "ricorso esterno" contro la nostra decisione.

Udienze statali in contraddittorio

Qualora rifiutassimo il suo ricorso o non le fornissimo una notifica di decisione avversa finale entro le tempistiche indicate alla sezione qui sopra Quanto tempo sarà necessario al piano per decidere sul mio ricorso contro un'azione?, può

richiedere un'udienza in contraddittorio presso lo Stato di New York. La decisione scaturita dall'udienza in contraddittorio può annullare la nostra decisione originale. Lei deve richiedere un'udienza in contraddittorio entro 120 giorni di calendario a partire dalla data presente nella notifica di decisione avversa finale.
Se stiamo riducendo, sospendendo o interrompendo un servizio autorizzato e Lei desidera che tale servizio continui mentre è in corso l'udienza in contraddittorio, deve richiedere un'udienza in contraddittorio entro 10 giorni dalla data presente sulla notifica di decisione avversa finale.

I suoi benefici continueranno finché non ritira l'udienza in contraddittorio oppure finché il funzionario dell'udienza in contraddittorio di Stato emette una decisione non in suo favore, a seconda di quale condizione si verifichi per prima.

Se il funzionario dell'udienza statale in contraddittorio ribalta la nostra decisione, dobbiamo garantire che Lei riceva sollecitamente i servizi in questione e il prima possibile in base alle Sue condizioni di salute. Se ha ricevuto i servizi in questione mentre il suo ricorso era in sospeso, saremo responsabili del pagamento dei servizi coperti ordinato dal funzionario dell'udienza in contraddittorio.

Sebbene Lei abbia richiesto di continuare i servizi mentre era in attesa della decisione dell'udienza in contraddittorio, se tale udienza non viene decisa in suo favore Lei potrà essere responsabile del pagamento dei servizi che erano oggetto dell'udienza in contraddittorio.

Lei può presentare una richiesta di udienza statale in contraddittorio contattando l'Office of Temporary and Disability Assistance:

- Modulo di richiesta online:
  https://errswebnet.otda.ny.gov/errswebnet/erequestform.aspx
- Invio per posta di un modulo di richiesta stampabile:

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

Invio per fax di un modulo di richiesta stampabile: **518-473-6735**

Richiesta per telefono:

Linea per l'udienza in contraddittorio standard – **1-800-342-3334**
Linea per l'udienza in contraddittorio d'emergenza – **1-800-205-0110**
Linea TTY (per non udenti): **711** 711 (chiedere all'operatore di chiamare il numero **1-877-502-6155**)

Richiesta di persona:

New York City	**Albany**
14 Boerum Place, 1° piano	40 North Pearl Street, 15° piano
Brooklyn, New York 11201	Albany, New York 12243

Per ulteriori informazioni sulla modalità di richiesta di un'udienza in contraddittorio, visitare: **http://otda.ny.gov/hearings/request/**

Ricorsi statali esterni

Qualora rifiutassimo il suo ricorso in quanto riteniamo che il servizio non è una necessità dal punto di vista medico oppure è sperimentale o investigativo, Lei può richiedere un ricorso esterno dello Stato di New York. Il ricorso esterno viene deciso da esaminatori che non lavorano per noi o per lo Stato di New York. Tali esaminatori sono persone qualificate, approvate dallo Stato di New York. Lei non deve pagare per un ricorso esterno.

Quando prendiamo la decisione di rifiutare un ricorso per mancanza di necessità dal punto di vista medico o sulla base del fatto che il servizio è sperimentale o investigativo, Le forniremo le informazioni sul modo in cui presentare un ricorso esterno, incluso un modulo su cui presentare il ricorso esterno insieme alla nostra decisione di rifiutare un ricorso. Se Lei desidera un ricorso esterno, deve presentare il modulo al reparto di servizi finanziari dello Stato di New York entro 4 mesi dalla data in cui abbiamo rifiutato il Suo ricorso.

Il Suo ricorso esterno verrà deciso entro 30 giorni. Potrebbe essere necessario più tempo (fino a 5 giorni lavorativi) se l'esaminatore del ricorso esterno richiedesse maggiori informazioni. L'esaminatore informerà Lei e noi della decisione finale entro 2 giorni lavorativi dopo che la decisione è stata presa.

Lei può richiedere una decisione più rapida se il Suo medico può affermare che un ritardo provocherà gravi danni alla Sua salute. In questo caso si parla di ricorso esterno urgente. L'esaminatore del ricorso esterno deciderà un ricorso urgente entro 72 giorni al massimo. L'esaminatore informerà immediatamente Lei e noi della decisione per telefono o fax. In seguito, invierà inoltre una lettera contenente la decisione.

Lei può richiedere sia un'udienza in contraddittorio, sia un ricorso esterno. Se richiede un'udienza in contraddittorio e un ricorso esterno, la decisione del funzionario dell'udienza in contraddittorio sarà "quella che conta".

Reclami e ricorsi

Aetna Better Health of New York cercherà di fare del suo meglio per affrontare i Suoi problemi il prima possibile e nel modo per Lei più soddisfacente. Lei può utilizzare la nostra procedura per i reclami oppure quella per i ricorsi, a seconda del tipo di problema riscontrato.

Qualora Lei presentasse un reclamo o un ricorso, non vi saranno cambiamenti nei Suoi servizi né nel modo in cui sarà trattato dallo staff di (inserire il nome del piano) o dal fornitore di cure mediche. Manterremo la Sua privacy. Le daremo qualsiasi aiuto Le servisse per presentare un reclamo o un ricorso. Ciò include il servizio di interpretariato, oppure un aiuto nel caso Lei fosse ipovedente e/o audioleso. Lei può scegliere qualcuno (ad esempio un familiare, un amico o un fornitore) che agisca in Sua vece.

Per presentare un reclamo, contattare il numero: **1-855-456-9126** oppure di scrivere a:
Aetna Better Health of New York
55 West 125th Street, Suite 1300
New York, NY 10027

Quando ci contatta, dovrà darci il Suo nome, indirizzo, numero telefonico e fornirci i dettagli del problema.

Che cos'è un reclamo?

Con il termine "reclamo" si intende qualsiasi sua comunicazione nei nostri confronti con la quale esprima insoddisfazione sulle cure e i trattamenti ricevuti dal nostro staff o dai fornitori dei servizi coperti. Ad esempio, se qualcuno si comporta con Lei in modo brusco oppure se non fosse soddisfatto della qualità delle cure o dei servizi ricevuti, Lei può presentare un reclamo nei nostri confronti.

Procedura per i reclami

Lei può presentare un reclamo oralmente oppure scrivendoci. La persona che riceve il Suo reclamo lo registrerà e uno staff appropriato supervisionerà l'esame del reclamo. Le invieremo una lettera segnalandole che abbiamo ricevuto il Suo reclamo e che include una descrizione della nostra procedura d'esame. Esamineremo il Suo reclamo e Le forniremo una risposta scritta entro uno di questi due intervalli temporali:

1) Se un ritardo aumentasse in modo significativo i rischi per la sua salute, decideremo entro 48 ore dal ricevimento delle informazioni necessarie ma la procedura verrà completata entro 7 giorni dal ricevimento del reclamo.
2) Per tutti gli altri tipi di reclami, La informeremo della nostra decisione entro 45 giorni dal ricevimento delle informazioni necessarie, ma la procedura deve essere completata entro 60 giorni dal ricevimento del reclamo. Il periodo d'esame può essere prorogato fino a 14 giorni qualora Lei richiedesse una proroga o noi avessimo bisogno di maggiori informazioni e la proroga fosse nel Suo interesse.

La nostra risposta descriverà le risultanze dell'esame del Suo reclamo e la nostra decisione riguardante tale reclamo.

Come faccio a ricorrere contro la decisione di un reclamo?

Se Lei non fosse soddisfatto dalla nostra decisione riguardante il suo reclamo, può richiedere un secondo esame del Suo problema presentando un ricorso contro il reclamo. Il ricorso contro il reclamo deve essere presentato per iscritto. Deve essere presentato entro 60 giorni lavorativi dal ricevimento della nostra decisione iniziale riguardante il suo reclamo. Una volta ricevuto il Suo ricorso, Le invieremo una conferma di ricevimento scritta entro 15 giorni lavorativi, indicandole il nome, l'indirizzo e il numero telefonico della persona che abbiamo designato per rispondere al Suo ricorso. Tutti i ricorsi contro i reclami verranno condotti da professionisti appropriati, inclusi specialisti per i reclami concernenti problemi clinici, che non erano stati coinvolti nella decisione iniziale.

Per i ricorsi standard, prenderemo una decisione sul ricorso entro 30 giorni lavorativi dal ricevimento di tutte le informazioni necessarie per la nostra decisione. Se un ritardo nella nostra decisione aumentasse in modo significativo i rischi per la Sua salute, utilizzeremo la procedura di ricorso urgente contro il reclamo. Per i ricorsi urgenti contro i reclami, prenderemo la nostra decisione entro 2 giorni lavorativi dal ricevimento delle informazioni necessarie. In entrambi i casi di ricorsi (standard e urgente), Le invieremo un avviso scritto contenente la nostra decisione. L'avviso includerà i motivi dettagliati della nostra decisione e, nei casi implicanti problemi clinici, la logica clinica alla base della nostra decisione.

Difensore civile per i partecipanti

Il difensore civile per i partecipanti, denominato “Independent Consumer Advocacy Network” (Rete indipendente per la difesa dei consumatori, ICAN) è un’organizzazione indipendente che fornisce servizi gratuiti da parte del difensore civico ai destinatari di assistenza a lungo termine nello stato di New York. Può ricevere una consulenza gratuita e indipendente sulla sua copertura, sui reclami e sulle opzioni di ricorso. L'ICAN può aiutarla a gestire il suo processo di ricorso. Può fornirle anche assistenza prima la sua iscrizione a un piano MLTC come quello di Aetna Better Health of New York. Tale assistenza prevede una consulenza imparziale sulla scelta del piano sanitario e informazioni generali sul piano. Contatti l'ICAN per saperne di più sui servizi che offre:

Telefono: **1-844-614-8800 (TTY: 1-844-614-8800 (servizio relè: 711)**
Sito Web: **www.icannys.org** | E-mail: **ican@cssny.org**

Disiscrizione dal Piano MLTC di Aetna Better Health of New York

Può disiscriversi del Piano MLTC per una qualsiasi delle seguenti motivazioni:

- alto utilizzo dei servizi medici in convenzione
- Una patologia esistente o una variazione nel suo stato di salute
- diminuzione della capacità mentale o comportamento non cooperativo o distruttivo derivante dalle sue esigenze specifiche, a meno che il comportamento non determini la sua non idoneità al Piano MLTC

Disiscrizione su base volontaria

È possibile in qualsiasi momento e per qualsiasi ragione richiedere di abbandonare Aetna Better Health of New York.

Per richiedere l'annullamento dell'iscrizione, chiamare **1-855-456-9126** oppure inviandoci una richiesta scritta. Il piano le invierà una conferma in forma scritta della sua richiesta. Includeremo un modulo di annullamento dell'iscrizione su base volontaria che Lei dovrà rinviarci firmato. Potrebbero volerci fino a sei settimane per l'elaborazione, a seconda di quando la sua richiesta è stata ricevuta.

Lei può annullare la sua iscrizione dal normale Medicaid oppure entrare a far parte di un altro piano sanitario, a patto che ne sia idoneo. Se continua a richiedere Servizi di cura a lungo termine su base comunitaria (CBLTCS), come l'assistenza personale, dovrà aderire a un altro piano MLTC, un piano Medicaid di assistenza gestita o un programma in deroga dei servizi a domicilio e su base comunitaria per poter ricevere i servizi CBLTC.

Annullamento dell'iscrizione su base non volontaria

Per annullamento dell'iscrizione su base non volontaria si intende l'annullamento dell'iscrizione avviato da Aetna Better Health of New York. Se l'annullamento dell'iscrizione avviene su base non volontaria, siamo tenuti ad avviare l'annullamento dell'iscrizione su base non volontaria entro cinque (5) giorni lavorativi dalla data in cui veniamo a conoscenza che il soggetto soddisfa uno delle motivazioni di annullamento dell'iscrizione su base non volontaria.

Dovrà abbandonare Aetna Better Health of New York, nel caso in cui:

- non sia più idoneo a Medicaid
- si trasferisca in modo permanente al di fuori dell'area coperta dai servizi di Aetna Better Health of New York
- si trovi al di fuori dall'area coperta dai servizi del piano per più di 30 giorni consecutivi
- necessiti di cure in casa di riposo, ma non è idoneo a Medicaid istituzionale
- sia stato ricoverato in ospedale oppure sia entrato per almeno 45 giorni in un programma residenziale dell'Ufficio per la salute mentale dell'Ufficio per persone con disabilità evolutiva o dell'Ufficio per i servizi contro l'abuso di alcol e sostanze stupefacenti
- sia ritenuto di non avere più un bisogno da punto di vista funzionale o clinico di servizi di cura a lungo termine su base comunitaria (CBLTCS) su base mensile
- sia in possesso unicamente di Medicaid e non rientri più nel livello di assistenza in casa di riposo secondo quanto stabilito utilizzando lo strumento di valutazione designato
- riceva cure presso centri diurni di socializzazione come unico servizio
- non necessiti, e non riceva più, almeno uno dei servizi CBLTC nel corso di ogni mese di calendario
- al momento di una qualsiasi rivalutazione mentre risiede nella comunità, si determini che lei non abbia più bisogno dal punto di vista funzionale o clinico dei servizi CBLTC
- sia detenuto
- fornisca informazioni false, inganni in qualsiasi altro modo o adotti una condotta fraudolenta in relazione a qualsiasi aspetto significativo della sua iscrizione al piano

Possiamo chiederle di abbandonare Aetna Better Health of New York, nel caso caso in cui Lei:

- o un suo familiare, un caregiver informale o un'altra persona del nucleo familiare adotti un comportamento che comprometta seriamente la capacità del piano di fornire servizi
- noncorrisponda un pagamento o non si accordi in tal senso, come stabilito dal Dipartimento locale dei servizi sociali, ossia a versare un importo dovuto come spesa/sovrapprezzo entro 30 giorni dalla data in cui l'importo è divenuto per la prima volta esigibile. Abbiamo fatto ogni ragionevole sforzo per riscuotere tale importo.

Prima di procedere all'annullamento dell'iscrizione su base non volontaria, Aetna Better Health of New York otterrà l'approvazione di New York Medicaid Choice (NYMC) o dell'entità designata dallo Stato. La data effettiva di annullamento dell'iscrizione corrisponderà al primo giorno del mese successivo a quello in cui si diviene non idonei all'iscrizione. Qualora abbia ancora bisogno dei servizi di cura a lungo termine su base comunitaria, Le sarà richiesto di scegliere un altro piano o sarà automaticamente assegnato (auto-assegnato) a un altro piano.

Competenze culturali e linguistiche

Aetna Better Health of New York rispetta il suo credo religioso ed è sensibile alla diversità culturale. Rispettiamo la sua cultura e identità culturale e ci battiamo per superare le disparità culturali. Disponiamo di una rete inclusiva di fornitori culturalmente competenti e promuoviamo e garantiamo la fornitura di servizi in modo culturalmente appropriato a tutti i membri. Ciò include, ma non si limita a coloro che hanno una conoscenza limitata dell'inglese, diversi background culturali ed etnici e diverso credo religioso.

Diritti e responsabilità dei membri

Aetna Better Health of New York farà tutto il possibile per garantire che i suoi membri siano trattati con dignità e rispetto. Al momento dell'iscrizione, il suo gestore delle cure Le illustrerà i suoi diritti e le sue responsabilità. Se ha bisogno di servizi di interpretariato, il suo gestore delle cure provvederà ad organizzarli per lei. Il personale farà tutto il possibile per assisterLa nell'esercizio dei suoi diritti.

Diritti dei membri

- Lei ha il diritto di ricevere le cure necessarie dal punto di vista medico.
- Lei ha il Diritto di accedere tempestivamente a cure e servizi.
- Lei ha il Diritto alla privacy sulla sua cartella clinica e quando riceve un trattamento.
- Lei ha il Diritto di ricevere informazioni sulle opzioni di trattamento disponibili e sulle alternative, presentate in un modo e una lingua per Lei comprensibili.
- Lei ha il Diritto di ricevere informazioni in una lingua per Lei comprensibile; può ricevere servizi d'interpretariato gratuiti.
- Lei ha il Diritto di ricevere le informazioni necessarie per dare il consenso informato prima dell'inizio del trattamento.
- Lei ha il Diritto di essere trattato con rispetto e dignità.
- Lei ha il Diritto di ricevere una copia delle Sue cartelle cliniche e di chiederne la modifica o la correzione.
- Lei ha il Diritto di prendere parte alle decisioni sulle Sue cure, incluso il diritto di rifiutare un trattamento.
- Lei ha il Diritto di essere libero da qualunque forma di limitazione o esclusione utilizzata come mezzo di coercizione, disciplina, convenienza o ritorsione.
- Lei ha il Diritto di ricevere cure indipendentemente dal Suo sesso, razza, stato di salute, colore della pelle, età, origine nazionale, orientamento sessuale, stato civile o religione.
- Lei ha il Diritto di essere informato su dove, quando e come ricevere i servizi di cui ha bisogno dal Suo piano di cure gestite a lungo termine, incluso il modo in cui può ricevere benefici coperti da fornitori esterni alla rete convenzionata qualora essi non siano disponibili in tale rete.
- Lei ha il diritto di sporgere reclamo al Ministero della Sanità dello Stato di New York o il Dipartimento locale dei servizi sociali; e il diritto a un'udienza in contraddittorio o un ricorso esterno presso lo Stato di New York, a seconda dei casi.
- Lei ha il Diritto di nominare qualcuno che parli in Sua vece riguardo alle Sue cure e al Suo trattamento.
- Lei ha il diritto di richiedere assistenza tramite il programma con difensori civici partecipanti.

Responsabilità dei membri

- Ricevere servizi in convenzione attraverso Aetna Better Health of New York
- Usufruire dei fornitori della rete Aetna Better Health of New York per i servizi in convenzione nella misura in cui i fornitori della rete sono disponibili
- Ottenere un'autorizzazione preliminare per i servizi in convenzione, eccetto per i servizi in convenzione autorizzati in precedenza o per le emergenze; Essere visitato dal suo medico, se si verifica una variazione nel suo stato di salute
- Condividere informazioni sanitarie complete e accurate con i suoi fornitori di assistenza sanitaria
- Informare Aetna Better Health of New York di qualsiasi variazione del suo stato di salute, nonché comunicare se non capisce o non è in grado di seguire le istruzioni
- Seguire il piano di cura raccomandato dal personale di Aetna Better Health of New York (con il tuo contributo)
- Collaborare e rispettare il personale di Aetna Better Health of New York e non adottare atteggiamenti discriminatori nei confronti del personale di Aetna Better Health of New York per motivi di razza, colore, origine nazionale, religione, sesso, età, abilità mentale o fisica, orientamento sessuale o stato civile
- Notificare a Aetna Better Health of New York entro due giorni lavorativi la ricezione di servizi non coperti o non autorizzati in precedenza
- Notificare in anticipo allo staff di assistenza sanitaria di Aetna Better Health of New York nel caso in cui non è presso il suo domicilio per ricevere i servizi o le cure in programma per Lei
- Informare Aetna Better Health of NY prima di trasferirsi in modo permanente al di fuori dall'area coperta dai servizi o di qualsiasi assenza prolungata
- È sua responsabilità se rifiuta un trattamento o non segue le istruzioni del suo caregiver
- Rispettare gli obblighi finanziari

Istruzioni anticipate

Le istruzioni anticipate sono documenti legali che garantiscono che le sue richieste siano rispettate nel caso non potesse prendere decisioni da solo. Le istruzioni anticipate possono assumere la forma di un consenso alle cure mediche, un testamento biologico o una disposizione a non essere rianimato. Questi documenti possono indicare quali

cure si desidera ricevere in determinate circostanze, e/o possono autorizzare un particolare membro della famiglia o un amico a prendere decisioni per suo conto.

È suo diritto predisporre le istruzioni anticipate nel modo in cui Lei desidera. È estremamente importante che Lei si documenti su come desidera che le sue cure continuino se non è più in grado di comunicare con i fornitori in modo informato a causa di una malattia o di un infortunio. Contatti il suo gestore delle cure per ricevere assistenza nella compilazione di questi documenti. Se ha già compilato una copia delle istruzioni anticipate, La preghiamo di condividere una copia con il suo gestore delle cure.

Informazioni disponibili su richiesta

- Informazioni sulla struttura e sul funzionamento di Aetna Better Health of New York
- Specifici criteri di revisione clinica relativi a una particolare condizione di salute e altre informazioni che Aetna Better Health of New York prende in considerazione quando autorizza i servizi
- Politiche e procedure sulle informazioni sanitarie protette
- Descrizione scritta delle disposizioni organizzative e delle procedure in corso per il programma di assicurazione e miglioramento della qualità
- Politiche in materia di accreditamento dei fornitori
- Una copia recente del rendiconto finanziario certificato di Aetna Better Health of New York; nonché le politiche e le procedure utilizzate da Aetna Better Health of New York per determinare l'idoneità di un fornitore

Note:

aetna™

AetnaBetterHealth.com/NewYork

Aetna Better Health® of New York