Empire BlueCross BlueShield

An Anthem Company

Manual para Miembros

New York
Managed Long-Term Care Program

MBRHB_SPA_v5_9_2022

Empire BlueCross BlueShield

An Anthem Company

Manual para Miembros

New York

Managed Long-Term Care Program

855-661-0002 (TTY 711)

empireblue.com/nymltc

Servicios proporcionados por HealthPlus HP, LLC, licenciatario de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

MBRHB_SPA_v5_9_2022

ÍNDICE

BIENVENIDO 4
Cómo usar este manual 4
Ayuda de Servicios al Miembro 4
Miembros cuyo idioma principal no es el inglés 6
Miembros con discapacidades 6
PARA MIEMBROS POTENCIALES 7
Elegibilidad para afiliación 7
Proceso de afiliación 8
Verificación de la llamada de interés 8
Asesor Independiente de New York – Proceso de evaluación inicial 8
Evaluación de preafiliación de Empire 9
PARA MIEMBROS AFILIADOS 10
Introducción a Empire 10
Beneficios de la membresía de Empire 10
Equipo dedicado asignado a su atención 10
Acceso a la red de proveedores de Empire 11
Coordinación con sus proveedores de atención médica 11
Educación para la salud 11
Su paquete de bienvenida y la tarjeta de identificación de Empire 12
Cartas de bienvenida de nuestros socios de atención odontológica y oftalmológica 13
Sus derechos como miembro de Empire 13
Sus responsabilidades como miembro de Empire 14
Transferencias 16
Si se quiere transferir a otro plan MLTC 16
SERVICIOS DE ATENCIÓN GESTIONADA 17
Su Equipo de Atención Gestionada 17
Gestor de Atención 18
Trabajador Social 18
Coordinador de Servicios 18
Plan de Servicios Centrado en la Persona (Person Centered Service Plan, PCSP) 19
Supervisión de atención, reevaluaciones y actualizaciones del plan de atención 20
Continuidad de la atención 21
Servicios y Apoyos Comunitarios a Largo Plazo (Community-Based Long-term Care Services and Supports, CBLTCS) 21
SUS BENEFICIOS DE ATENCIÓN GESTIONADA A LARGO PLAZO ... 22
¿Qué significa "médicamente necesario"? 22

¿Qué significa "beneficios cubiertos"? 22
¿Qué significa "beneficios coordinados no cubiertos"? 23
Servicios cubiertos y coordinados 23
Descripción de servicios cubiertos 24
Limitaciones en los beneficios cubiertos 28
Servicios de Medicaid no cubiertos por nuestro Plan 29
Servicios no cubiertos por Empire, Medicaid o Medicare 30
Ejemplos de servicios no cubiertos por Empire, Medicaid o Medicare son: 30
OBTENCIÓN DE SERVICIOS CUBIERTOS 31
Solicitud de autorización del servicio 31
Después de solicitar la autorización del servicio 32
Plazos para solicitudes de Autorización previa 33
Revisión estándar 33
Revisión acelerada 33
Plazos para las solicitudes de revisión concurrente 33
Revisión estándar 33
Revisión acelerada 33
Plazos para extensiones 33
DECISIONES Y APELACIÓN DE DECISIONES 35
¿Qué es una decisión? 35
Plazos de la notificación de decisión 35
Contenido de la notificación de decisión 35
Cualquier notificación que le enviemos sobre una decisión: 35
¿Cómo presento una apelación a una decisión? 36
¿Cómo contacto a mi plan para presentar una apelación? 37
¿Cómo solicito la continuación del servicio durante el proceso de apelación? 37
¿Cuánto tiempo le tomará a Empire decidir sobre mi apelación de una decisión? 38
Proceso de apelación acelerada 38
Si el plan niega mi apelación, ¿qué puedo hacer? 39
Audiencias Imparciales del estado 39
Apelaciones externas del estado 41
ABORDAR SUS PROBLEMAS Y PREOCUPACIONES 42
¿Qué es una queja? 42
El proceso de queja 43
¿Cómo apelo la decisión de una queja? 43
Programa de defensa 44
ACCESO A PROVEEDORES 45
Atención de transición 45
Procedimientos de atención de transición 45
Money Follows the Person (MFP)/Open Doors 45

Proveedores que participan en la red de Empire 46
Hogares de veteranos 47
Proveedor odontológico 47
Proveedor oftalmológico 48
Proveedor de transporte 48
Atención fuera de la red 48
Tiempo fuera del área de servicio 49
Atención de emergencia 49
Hospitalización 50
Servicios cubiertos por Medicare 50
Empire puede ayudarlo a coordinar servicios de Medicare de la siguiente manera: 50
DESAFILIACIÓN DEL PLAN MLTC DE EMPIRE 51
Desafiliación voluntaria 51
Desafiliación involuntaria 52
Reafiliarse a Empire 54
INFORMACIÓN ADICIONAL 54
Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS) 54
Responsabilidades de Empire con el CDPAS 55
Responsabilidades de usted o de su representante designado con el CDPAS 56
Directrices anticipadas 58
Poder de atención médica 59
Orden de no resucitar 59
Testamento vital 59
Fraude y abuso 60
Información que puede solicitar sobre la compañía 61
Declaración de no discriminación 61
Competencia cultural 63
Servicios de intérprete en varios idiomas 64
Notificación de Prácticas de Privacidad 66
INFORMACIÓN DE CONTACTO IMPORTANTE 73

BIENVENIDO

Bienvenido al Plan Managed Long-Term Care (MLTC) de Empire BlueCross BlueShield HealthPlus. Estamos encantados de que haya seleccionado Empire como su plan de atención administrada a largo plazo (Managed Long-Term Care) y confiamos en que estará muy satisfecho con su elección. Somos un plan MLTC con calificación de 5 estrellas, según la Guía del Consumidor de Atención Administrada a Largo Plazo de 2019 del Departamento de Salud de New York para NYC. Nuestro plan está diseñado especialmente para aquellos que tienen Medicaid y necesitan cuidados a largo plazo basados en la comunidad, como atención domiciliaria y cuidado personal, que le ayudará a mantenerse en su hogar y su comunidad el mayor tiempo posible.

Cómo usar este manual

Este Manual le brinda la orientación que necesita para aprovechar al máximo su afiliación a Empire. Aquí encontrará información sobre los servicios disponibles para usted, cómo acceder a estos servicios, sus derechos y responsabilidades como miembro de Empire y qué hacer cuando se le presenta un asunto con la atención que recibe, lo que incluye presentación de una queja o apelación o iniciar la desafiliación.

Le enviaremos las actualizaciones que hagamos del Manual para Miembros, y puede solicitar otra copia del mismo a través de una llamada al número gratuito de Servicios al Miembro 855-661-0002 (TTY 711). También se publicará una copia electrónica del Manual para Miembros en el sitio web de Empire.

Tómese el tiempo necesario para familiarizarse con este Manual y manténgalo disponible para futuras referencias. Esperamos que sea un recurso útil para usted.

Ayuda de Servicios al Miembro

Nuestros miembros y su atención son el foco central del plan MLTC de Empire, y Servicios al Miembros es una gran parte del mismo. Siempre nos complace brindarle la ayuda que necesita para aprovechar al máximo su inscripción en Empire.

Si no puede encontrar la información que busca en este Manual o necesita que alguien le ayude, llame a Servicios al Miembro. Pueden explicarle los beneficios y servicios, ayudarlo a encontrar un proveedor, programar una cita médica, reemplazar una tarjeta de identificación perdida o enviarle copias del Manual para Miembros o del Directorio de Proveedores. Servicios al Miembro también se complace en analizar cualquier inquietud que pueda tener sobre su atención, y pueden ayudarlo a presentar quejas sobre su atención o un proveedor de servicios. Además, Servicios al Miembro puede explicarle sus derechos y responsabilidades y ayudarlo a comprender las políticas de Empire. Puede solicitar la traducción de un idioma u otra asistencia de comunicación cuando llame.

Servicios al Miembro está disponible:

De lunes a viernes
de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Llamada gratuita: 855-661-0002
TTY 711

Línea de enfermería/asistencia fuera del horario de atención 24/7
Si tiene preguntas médicas y no puede comunicarse con su proveedor de atención primaria (PCP) o Gestor de Atención, o si es después del horario comercial normal (8:00 a.m. a 5:00 p.m.), siempre puede llamar a Empire y hablar directamente con una enfermera. La Línea de enfermería 24/7, en el mismo número que Servicios al Miembro, puede brindarle orientación sobre problemas de atención médica, cómo lidiar con una crisis personal en el hogar o sobre si debe ir a la sala de emergencias. A través de la Línea de enfermería 24/7, tendrá acceso a todos los servicios de interpretación que se describen a continuación.

Línea de enfermería 24/7:
855-661-0002
TTY 711

Horarios de atención
las 24 horas del día, los siete días de la semana

Miembros cuyo idioma principal no es el inglés

Empire se compromete a comunicarse con usted en su idioma preferido. Contamos con empleados que dominan varios idiomas y que pueden acceder a servicios externos de intérprete si es necesario, gratuitamente. Empire se asegura de que reciba la información que necesita y de que sus preguntas e inquietudes se atiendan adecuadamente. Si necesita materiales y comunicaciones para miembros en otro idioma, los pondremos a su disposición. También podemos ayudarlo a encontrar proveedores que hablen su idioma.

Miembros con discapacidades

Empire se asegura de que sus miembros discapacitados reciban la asistencia necesaria para maximizar los beneficios de su membresía.

Miembros con discapacidad física

Servicios al Miembro puede proporcionarle información sobre si la oficina de un proveedor tiene acceso para sillas de ruedas, y encontrarle un proveedor que pudiera satisfacer sus necesidades de alguna manera. Servicios al Miembro también puede hacer que se hagan arreglos especiales de transporte que sean necesarios.

Miembros con discapacidad visual

Versiones en letra grande de nuestra literatura (incluido este Manual) están disponibles para miembros con discapacidad visual, y algunos de nuestros materiales están disponibles en cinta de audio o CD. Además, nuestros Representantes de Servicios al Miembro estarán dispuestos a leerle el contenido de cualquier material o documento con el que necesite ayuda.

Miembros con problemas de audición

Los miembros que tengan problemas de audición pueden comunicarse con Servicios al Miembro a través de nuestro TTY 711.

PARA MIEMBROS POTENCIALES

Elegibilidad para afiliación

Usted es elegible para unirse al programa MLTC de Empire si cumple con los siguientes requisitos:

- Es mayor de 18 años
- Residir en el área de servicio de Empire (Bronx, Manhattan, Brooklyn, Queens, Staten Island, Nassau, Suffolk o Westchester).
- Tiene Medicaid.
- Tener Medicaid solamente o tiene entre 18 y 20 años con Medicaid y Medicare y es elegible para el nivel de atención de un hogar de ancianos.
- En el momento de la inscripción, puede volver o quedarse en su hogar y en su comunidad sin poner en riesgo su salud o seguridad
- Se espera que necesite al menos uno de los siguientes Servicios de Atención a Largo Plazo basados en la Comunidad (Community Based Long Term Care Services, CBLTCS) cubiertos por nuestro Plan durante un período continuo de más de 120 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción:
    - Servicios de enfermería domiciliaria
    - Terapias domiciliarias
    - Servicios de asistente para la salud en el hogar
    - Servicios de atención personal domiciliaria
    - Atención médica diurna para adultos
    - Servicio privado de enfermería
    - Servicio de Asistencia Personal Dirigido por el Consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Service, CDPAS)

La cobertura explicada en este Manual comienza en la fecha de vigencia de su afiliación en Empire.

Proceso de afiliación

El proceso de afiliación determinará su elegibilidad para el plan MLTC y garantizará que esté tomando una decisión informada. Nos enorgullece asegurarnos de que este proceso se lleve a cabo de la manera más conveniente posible para los posibles miembros.

Verificación de la llamada de interés

Nos comunicaremos con usted por teléfono para confirmar su interés en unirse a Empire y reunir información pertinente para la programación de su evaluación domiciliaria. También responderemos cualquier pregunta que pueda tener sobre la evaluación y el plan MLTC de Empire en ese momento.

De ser necesario, lo transferiremos al Asesor Independiente de New York (New York Independent Assessor, NYIA). Necesitará una evaluación del si se está uniendo por primera vez a un MLTC, si no ha estado en un plan MLTC por cuarenta y cinco (45) días o más o si ha transcurrido mucho tiempo desde la más reciente evaluación. No necesita una evaluación del NYIA si ya recibe atención domiciliaria de Medicaid fuera de un plan de atención gestionada o si ya está afiliado a un plan MLTC y le gustaría cambiarse a Empire.

Asesor Independiente de New York – Proceso de evaluación inicial

El Centro de Evaluación y Afiliación Libre de Conflictos (Conflict Free Evaluation and Enrollment Center, CFEEC) se ha transformado en el Asesor Independiente de New York (New York Independent Assessor, NYIA). La NYIA administrará el proceso de evaluación inicial, que incluye completar:

- *Evaluación de la Salud Comunitaria (Community Health Assessment, CHA)*: El CHA se usa para ver si necesita Atención Personal y/o Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor (PCS/CDPAS) y es elegible para inscribirse en un plan de atención administrada a largo plazo (Managed Long-Term Care).

- *Cita clínica y orden del médico (Practitioner Order, PO):* La PO documenta su cita clínica e indica que usted:
    - Tener una necesidad de ayuda con las actividades diarias, y
    - Que su condición médica sea estable para que pueda recibir PCS y/o CDPAS en su hogar

La NYIA programará tanto la CHA como la cita clínica. El CHA será completado por una enfermera registrada capacitada (registered nurse, RN). Después de la CHA, un médico de la NYIA completará una cita clínica y una PO unos días después.

Empire utilizará los resultados de CHA y PO para determinar el nivel de atención y servicios que necesita y trabajará con usted para crear su plan de atención personal. Si su plan de atención propone PCS y/o CDPAS por más de 12 horas por día en promedio, se necesitará una revisión por separado por parte del Panel de Revisión Independiente (Independent Review Panel, IRP) de NYIA. El IRP es un panel de profesionales médicos que revisará su CHA, PO, plan de atención y cualquier otra documentación médica. Si se necesita más información, alguien en el panel puede examinarlo o discutir sus necesidades con usted. El IRP hará una recomendación a Empire sobre si el plan de atención satisface sus necesidades.

Evaluación de preafiliación de Empire

Una vez que se determine que usted es elegible para unirse a un plan de atención a largo plazo, Empire programará su evaluación para establecer el plan de atención más apropiado y efectivo para usted. Esta evaluación la realizará una de nuestras Enfermeras Registradas y tendrá lugar dentro de los treinta (30) días posteriores a su contacto inicial con Empire.

En el momento de la evaluación, la Enfermera Evaluadora responderá las preguntas que usted o su cuidador puedan tener y se asegurará de que su decisión de afiliarse a Empire sea informada. Si decide inscribirse, deberá completar el acuerdo de afiliación y la documentación asociada, y le informaremos cuándo puede esperar que comience su afiliación a Empire. La Enfermera Evaluadora le proporcionará un Plan de Atención Inicial que describe los servicios que necesita para permanecer seguro en su hogar y en la comunidad. En este momento, también recibirá una copia del Directorio de Proveedores, que enumera todos los proveedores disponibles en la red de Empire.

La elección de Empire como su plan Managed Long Term Care es completamente voluntaria. Usted puede cambiar de opinión y retirar su solicitud incluso después de haber completado el proceso de solicitud. Puede retirarse del plan verbalmente o por escrito hasta el mediodía del día 20 del mes anterior a la fecha de inicio de su afiliación. (Es decir, si tenía programado comenzar su membresía el 1 de marzo, puede retirarse hasta el mediodía del 20 de febrero). Después de este punto, aún podrá abandonar el plan al solicitar la desafiliación.

La información sobre sus beneficios de Empire y todo lo que necesita saber para aprovechar al máximo su afiliación se proporciona en este Manual. Le recomendamos que lo revise y lo guarde para futuras referencias.

PARA MIEMBROS AFILIADOS

Introducción a Empire

Bienvenido a Empire BlueCross BlueShield HealthPlus. Nos complace que nos haya elegido como su Plan de Managed Long Term Care (MLTC) y queremos asegurarnos de que tenga una experiencia beneficiosa con nosotros. Empire se compromete a servir a nuestros miembros de manera que ganen confianza y lealtad.

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus ("Empire") es un Plan de Managed Long Term Care de Medicaid aprobado por el estado de New York que opera en los cinco condados de la ciudad New York, como así también en los condados de Nassau, Suffolk y Westchester. Nuestro programa está diseñado específicamente para personas como usted que son elegibles para Medicaid y que necesitan servicios y apoyos de atención a largo plazo, como atención domiciliaria y atención personal. Nos comprometemos a ayudarlo a mantenerse saludable, seguro y a vivir de forma independiente en la comunidad y comodidad de su hogar.

Beneficios de la membresía de Empire

Equipo dedicado asignado a su atención

Como miembro de Empire, contará con un Equipo de Atención Gestionada dedicado que incluye una Enfermera Registrada, un Trabajador Social y un Coordinador que trabajarán con usted, su equipo de proveedores de atención médica y sus seres queridos para garantizar que se satisfagan todas sus necesidades de atención a largo plazo. El Equipo trabajará con usted para determinar sus necesidades y diseñar un Plan de Servicios Centrado en la Persona (Person-Centered Service Plan, PCSP) para abordarlos. También nos aseguramos de que usted y sus seres queridos comprendan y acuerden con el plan su atención y servicios. Además, el Equipo supervisa regularmente sus servicios para asegurarse de que satisfacen sus necesidades, y

escuchamos cualquier comentario de usted y sus seres queridos. A medida que cambian sus necesidades, el Equipo de Atención Gestionada está allí para hacer los ajustes necesarios a sus servicios. De esta manera, su Equipo de Atención Gestionada es su socio para mantenerse saludable, seguro e independiente.

Acceso a la red de proveedores de Empire

A través de Empire, tendrá acceso a una amplia gama de servicios que se pueden adaptar para satisfacer sus necesidades: somos su ventanilla única para acceder a servicios necesarios de atención a largo plazo. Para brindarle atención de alta calidad, trabajamos estrechamente con una amplia variedad de proveedores que han elegido trabajar con Empire uniéndose a nuestra red. Estos proveedores han pasado por capacitación y orientación especiales para poder participar en nuestra red, y continuamente agregamos proveedores a la misma para garantizar que nuestros miembros tengan una selección adecuada de proveedores.

Una vez inscrito, recibirá una copia del Directorio de proveedores de Empire, que enumera todos los proveedores dentro de la red. Si no tiene una o desea una copia adicional, llame al número gratuito de Servicios al Miembro al 855-661-0002 (TTY 711), o visite nuestro sitio web, **empireblue.com/nymltc**.

Coordinación con sus proveedores de atención médica

Empire trabajará con sus proveedores de atención médica para ayudar a coordinar su atención a largo plazo, lo que incluye servicios hospitalarios y médicos. Si tiene médicos que lo atienden regularmente, no necesita hacer ningún cambio; puede continuar recibiendo atención de ellos. Estamos aquí para ayudar a garantizar que usted reciba la atención que necesita, asegurándonos de que cuenta con los medios necesarios para llegar a sus citas, hablar con su(s) proveedor(es) de atención médica para averiguar cómo podemos ayudarlo a manejar su condición médica en su hogar y mantenernos en comunicación con ellos para garantizar que sus asuntos y preocupaciones se aborden de manera oportuna y adecuada. Nos esforzamos para hacer que su atención sea perfecta para usted y sus seres queridos.

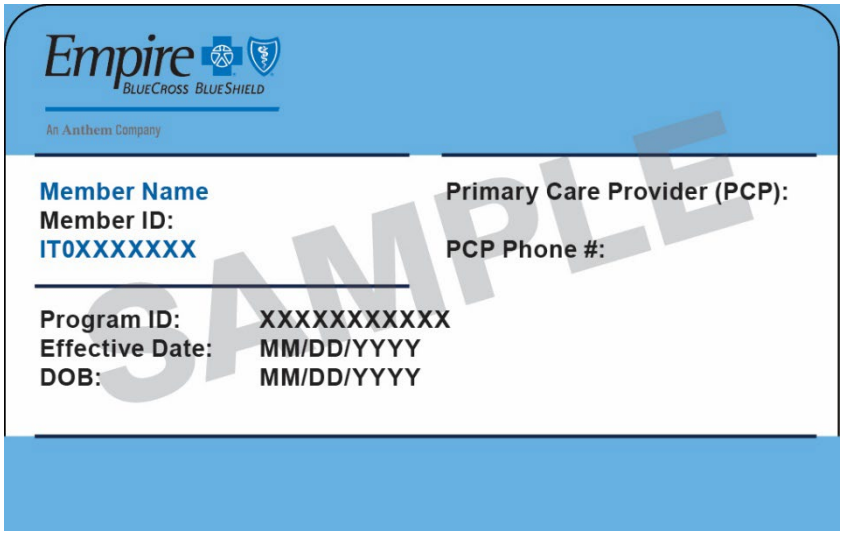
Educación para la salud

Empire se compromete a desarrollar su comprensión del sistema de atención médica y de su(s) condición(es) médica(s), y le proporcionará regularmente material educativo para pacientes a través del correo. Envíos anteriores abordaron temas como control de diabetes, directrices anticipadas, presión arterial alta y vacunas.

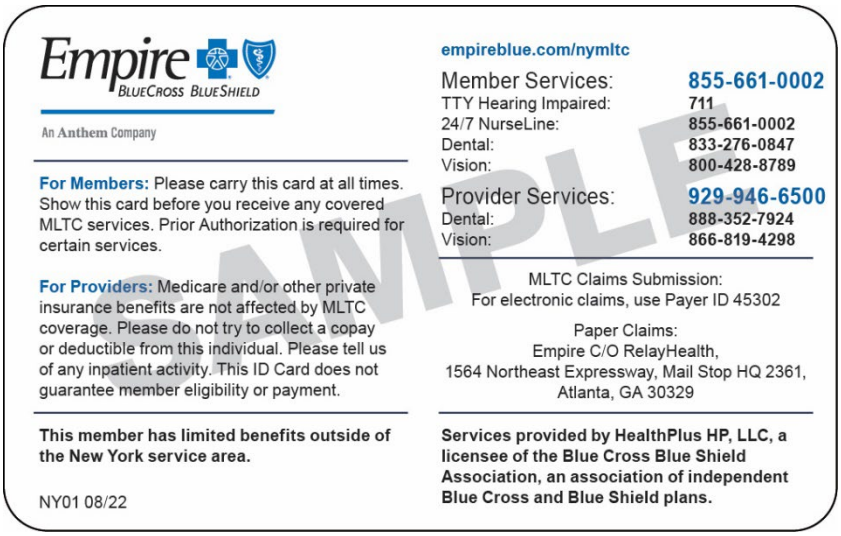
Su paquete de bienvenida y la tarjeta de identificación de Empire

Usted recibirá una carta de bienvenida y una tarjeta de identificación como miembro de Empire dentro de los 15 días posteriores a su inscripción en Empire. Su tarjeta de identificación de miembro de Empire tiene impresos su número de identificación de miembro, su número de identificación de cliente de Medicaid y los números de teléfono de Empire. Compruebe que toda la información en la tarjeta sea correcta. Asegúrese de llevar esta tarjeta con usted siempre, ya que la necesitará antes de recibir atención de los proveedores de la red de Empire. Si pierde su tarjeta de identificación de miembro, puede llamar al número de teléfono gratuito 855-661-0002 (TTY 711) de Servicios al Miembro para solicitar el reemplazo de su tarjeta.

Tarjeta de identificación de miembro, parte frontal



Tarjeta de identificación de miembro, parte trasera



Tenga en cuenta que para solicitar atención de su proveedor de atención médica o recibir servicios que Empire no cubre, aún necesitará su tarjeta de identificación del seguro médico (Identificación del plan Medicare Advantage o tarjetas de beneficios de Medicare y Medicaid).

Cartas de bienvenida de nuestros socios de atención odontológica y oftalmológica

Durante su primer mes de afiliación a Empire, recibirá una carta de bienvenida de Liberty Dental Plan, nuestro socio de atención odontológica, y de Superior Vision, nuestro socio de atención oftalmológica. Estas le presentarán sus beneficios de atención odontológica y oftalmológica y detallarán cómo acceder a los servicios.

Si tiene preguntas con respecto a sus beneficios oftalmológicos y odontológicos, puede llamar a los números provistos en estas cartas, o puede comunicarse con el número gratuito de Servicios al Miembro
855-661-0002 (TTY 711)**.**

Sus derechos como miembro de Empire

Empire hace todo lo posible para asegurarse de brindar un trato digno y respetuoso a todos los miembros. Cuando se inscriba, su Gestor de Atención le explicará sus derechos y responsabilidades. Si necesita servicios de interpretación, su Equipo de Atención los coordinará. El personal hará todo lo posible para asistirlo para que ejerza sus derechos. Los miembros del plan MLTC de Empire tienen los siguientes derechos:

- Tiene derecho a recibir atención médicamente necesaria.
- A acceder de manera oportuna a atención y servicios.
- A la privacidad acerca de su historial médico y de cuándo recibe tratamiento.
- A obtener información sobre opciones de tratamiento y alternativas disponibles presentadas de una manera y en un idioma que le resulte comprensible.
- A obtener información en un idioma que comprenda, y puede obtener servicios de traducción verbal sin costo alguno.

- A obtener la información necesaria para recibir su consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.
- A ser tratado con respeto y la debida consideración por su dignidad.
- A solicitar y recibir una copia de su historial médico y solicitar que estos se enmienden o se corrijan.
- Tiene derecho a participar en las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- A estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- A recibir atención sin importar el sexo, incluida la identidad de género y el estado de ser transgénero, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión.
- A que le digan dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de su plan de atención gestionada a largo plazo (Managed Long Term Care Plan), lo que incluye cómo puede obtener beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red si no están disponibles en la red del plan.
- Tiene derecho a quejarse ante el Departamento de Salud del estado de New York o su Departamento Local de Servicios Sociales, así como el derecho a utilizar el Sistema de Audiencia Imparcial del estado de New York o una apelación externa del estado de New York cuando corresponda.
- Tiene derecho a designar a alguien para que hable por usted sobre su atención y tratamiento.
- A buscar ayuda del programa del Defensor del Participante (consulte la sección *Programa del Defensor del Pueblo para obtener más información*).

Sus responsabilidades como miembro de Empire

Es importante que se familiarice con sus responsabilidades como miembro de Empire, como se describen en esta sección: Como miembro de Empire, usted es responsable de:

- Mantener la elegibilidad para Medicaid.
- Recibir los servicios cubiertos a través de Empire.

- Asistir a los proveedores de la red de Empire para recibir los servicios cubiertos siempre que los proveedores de la red estén disponibles.
- Obtener autorización previa para los servicios cubiertos, excepto para los servicios cubiertos preaprobados o en emergencias.
- Ser atendido por su médico si presenta un cambio en su estado de salud.
- Compartir información completa y precisa con sus proveedores de atención médica.
- Ayudar a Empire a mantener datos personales precisos sobre usted, incluidos cambios de nombre, dirección, número de teléfono y otras compañías de seguros médicos.
- Informar al personal de Empire cualquier cambio en su salud e indicar si no entiende o no puede seguir las instrucciones.
- Participar activamente en su propia atención al buscar y obtener información, discutir opciones de tratamiento con su Equipo de Atención Gestionada y al tomar decisiones informadas sobre su atención.
- Participar en el desarrollo y la actualización de su plan de atención.
- Seguir el plan recomendado de atención por el personal de Empire (con su aporte).
- Tratar con consideración y cortesía a todo el personal de Empire y al personal de cualquier agencia o proveedor de atención a largo plazo a los que lo remitan. Esto incluye no discriminar a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, edad, capacidad mental o física, orientación sexual o estado civil.
- Notificar a Empire en el plazo de dos días hábiles de haber recibido los servicios no cubiertos o no preaprobados.
- Notificar al equipo de atención médica de Empire con anticipación cuando no estará en el hogar para recibir los servicios o la atención que se había coordinado.
- Informar a Empire antes de mudarse permanentemente del área de servicio o estar ausente por un tiempo prolongado del área de servicio.
- Sus decisiones en caso de rechazar el tratamiento o no seguir las indicaciones de la persona a cargo de su cuidado.

- Cumplir con todos los requisitos de Empire tal como se describe en su Manual para Miembros.
- Cumplir sus obligaciones financieras.

Transferencias

Si se quiere transferir a otro plan MLTC

Nos puede probar durante 90 días. Puede dejar Empire e inscribirse en otro plan médico en cualquier momento durante ese plazo. Si no lo hace en los primeros 90 días, debe permanecer en Empire durante nueve meses, a menos que tenga un motivo fundamentado (una causa justificada). Entre los ejemplos de causas justificadas, se incluyen:

- Se muda de nuestra área de servicios.
- Usted, el plan y el Departamento de Servicios Sociales de su condado o el Departamento de Salud del estado de New York acuerdan conjuntamente que abandonar Empire es lo mejor para usted.
- Su proveedor actual de atención domiciliaria no trabaja con nuestro plan.
- No hemos podido prestarle servicios como debemos de conformidad con nuestro contrato con el estado.

Si reúne los requisitos, puede cambiarse a otro tipo de plan de atención a largo plazo administrada como Medicaid Advantage Plus (MAP) o planes de Atención Todo Incluido para las Personas Mayores (Programs of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) en cualquier momento sin una causa justificada.

Para cambiar de plan: Llame a New York Medicaid Choice al 888-401-6582. Los asesores de New York Medicaid Choice pueden ayudarle a cambiar de plan médico.

La activación de la inscripción en el nuevo plan podría tardar entre dos y seis semanas. Recibirá un aviso de New York Medicaid Choice con la fecha en que será inscrito en el nuevo plan. Hasta ese momento, Empire proporcionará la atención que necesita.

Llame a New York Medicaid Choice si necesita solicitar una acción más rápida porque el plazo de la transferencia de plan perjudicará su salud. También puede

solicitar una acción más rápida si le ha informado a New York Medicaid Choice que no estaba de acuerdo con inscribirse en Empire.

SERVICIOS DE ATENCIÓN GESTIONADA

Nuestro objetivo es ayudarlo en la gestión de su salud y calidad de vida de modo que pueda tener la mayor independencia y comodidad posible en su hogar. Uno de los grandes beneficios de afiliarse a Empire es tener el conocimiento de que solo necesita llamar a un número para organizar toda su atención y servicios médicamente necesarios.

Su Equipo de Atención Gestionada

Como miembro de Empire, tendrá un equipo de profesionales de atención gestionada dedicado que se asignará a su atención durante el tiempo que esté afiliado a nosotros. Este equipo de profesionales trabajará con usted, su familia y su(s) proveedor(es) de atención médica para determinar sus servicios y desarrollar un plan de atención adaptado a sus necesidades específicas. Su Equipo de Atención organizará los servicios y trabajará con proveedores de atención médica y de atención a largo plazo para coordinar todos los aspectos de su atención. Un miembro del Equipo de Atención Gestionada hará visitas domiciliarias periódicas para supervisar y evaluar sus necesidades de atención, y garantiza que su plan de atención se actualice a medida que sus necesidades cambian con el tiempo. Siempre tendrá acceso a su Equipo de Atención durante el horario regular de operaciones y a un Gestor de Atención de guardia fuera del horario de trabajo regular.
Se le asignará un Gestor de Atención posterior a la afiliación. Haremos nuestro mejor esfuerzo para que coincida con el equipo que mejor pueda satisfacer las necesidades especiales que pueda tener, lo que incluye la necesidad de comunicarse en un idioma que no sea el inglés. Su Gestor de Atención hará seguimiento con una llamada de acercamiento para presentarse y explicarle la manera en la que el Equipo de Atención trabajará con usted.

Su equipo incluirá, entre otros, un Gestor de Atención (una Enfermera Registrada), un Coordinador de Servicios y un Trabajador Social. El Equipo es apoyado por el Profesional de Enfermería Evaluador y el Gestor del Equipo de Atención Gestionada.

Gestor de Atención

El Gestor de Atención es responsable de coordinar las comunicaciones entre usted y todos los proveedores responsables de su atención. Su Gestor de Atención:

- Revisará su estado médico, identificará y realizará un seguimiento de cualquier asunto relacionado con su atención a largo plazo.
- Servirá como su contacto principal con las agencias que le brindan servicios.
- Realizará un seguimiento con sus médicos sobre cualquier asunto médico que usted pueda tener.
- Supervisará sus medicamentos
- Les explicará sus asuntos médicos tanto a usted como a sus familiares y los aconsejará, y proporcionará educación/orientación sobre cómo usted y su familia pueden ayudar a gestionar su atención.
- Se comunicará con usted mensualmente para verificar su estado y progreso.
- actualizará y mantendrá los expedientes de su caso.

Trabajador Social

El Trabajador Social servirá como su contacto principal para servicios médicos conductuales, sociales o psicológicos. Su Trabajador Social:

- Discutirá con usted cualesquiera asuntos de carácter social, familiar, psicológico y de comportamiento.
- Servirá como contacto principal con sus proveedores de servicios médicos conductuales.
- Identificará recursos comunitarios y lo ayudará a tener acceso a ellos.
- Lo asesorará en asuntos de servicio social y proporcionará educación/orientación para ayudarlo a usted y a su familia a gestionar su atención.

Coordinador de Servicios

El Coordinador de Servicios es la persona responsable de programar sus citas y coordinar los servicios domiciliarios que recibirá. Al trabajar con su médico, terapeutas, proveedores de atención médica y otros proveedores/agencias

/proveedores de servicios, el Coordinador de Servicios coordinará los servicios necesarios de la manera más eficiente posible para abordar todas sus necesidades de atención a largo plazo. Específicamente, el Coordinador de Servicios:

- Lo ayudará a programar citas con proveedores y a organizar servicios domiciliarios que formen parte de su plan de atención a largo plazo.
- Lo ayudará a hacer arreglos de transporte para citas con los proveedores.
- Hará seguimiento con proveedores para garantizar que reciba los servicios necesarios y para documentar la atención brindada.
- Le proporcionará cualquier información que solicite sobre su atención o servicios.
- Servirá como su contacto principal con el Departamento de Servicios al Miembro de Empire.
- Se asegurará de que todos sus expedientes y archivos se mantengan adecuadamente.

Plan de Servicios Centrado en la Persona (Person Centered Service Plan, PCSP)

El Plan de Servicios Centrado en la Persona es un documento escrito que detalla el tipo específico de atención y servicios que recibirá para ayudar a mantener y mejorar su estado de salud y a mantenerlo lo más independiente posible. Participará en el desarrollo del PCSP dentro de los quince (15) días posteriores a la inscripción en Empire. Se le enviará una copia de este PCSP para que la firme.

El PCSP será desarrollado por su equipo de atención y considerará lo siguiente:

- El conjunto completo de evaluaciones realizadas por NYIA y el Equipo de Cuidados
- Su historial médico relevante y estado o condición de salud actual.
- Consulta con su médico de atención primaria y, si es necesario, con cualquier otro proveedor de atención médica involucrado en su atención, con su permiso
- Las contribuciones de usted, su familia y otras redes de apoyo, con su permiso

En Empire, nos tomamos en serio la participación de nuestros miembros en la planificación y gestión de atención. Su Equipo de Atención consultará con usted y su familia/cuidador o representante cuando desarrolle el plan de atención. Consideramos que usted es una parte importante y vital del equipo que le presta atención médica. Le recomendamos analizar sus necesidades de atención médica con sus médicos tratantes y con su Equipo de Atención para asegurarse de que el plan de atención refleje con precisión los servicios requeridos, incorpore sus preferencias y aborde cualquier posible obstáculo para la ejecución efectiva de dicho plan.

El Plan de Servicios Centrado en la Persona enumera tanto los servicios cubiertos como los no cubiertos que Empire proporcionará o coordinará para usted. Detallará el tipo, la duración y la frecuencia de servicios autorizados. Su Equipo de Atención se encargará de la coordinación para sus servicios y seleccionará proveedores apropiados, y consultará con usted durante el proceso para garantizar que se tengan en cuenta sus preferencias o necesidades especiales. Su equipo también ayudará a organizar servicios no cubiertos necesarios y a coordinar con proveedores apropiados.

Supervisión de atención, reevaluaciones y actualizaciones del plan de atención

Su Equipo de Atención se comunicará regularmente con usted para averiguar cómo se encuentra, evaluar cómo están funcionando los servicios que está recibiendo y analizar cualquier inquietud o asunto que pueda tener. El Equipo supervisará de cerca cualquier asunto médico que pueda experimentar y trabajará con sus proveedores de atención médica y proveedores de servicios de Empire para garantizar que sus necesidades cambiantes sean atendidas de manera oportuna y adecuada.

A veces, es posible que necesitemos visitarlo en su hogar para realizar evaluaciones, de modo que podamos ajustar su plan de atención para proporcionar el conjunto correcto de servicios. Si necesita servicios adicionales, servicios diferentes o aumentar o disminuir la frecuencia de sus servicios actuales, se realizarán los ajustes apropiados con su información. Su Equipo de Atención discutirá los cambios propuestos con usted y cualquier otra persona o agencia que participe. Haremos esto tantas veces como sea necesario, pero en ningún caso lo visitaremos en persona menos de una vez al año ni lo contactaremos por teléfono menos de una vez al mes. Si usted es miembro de Empire, puede contar con que su Equipo de Atención se hará cargo de su atención.

Servicios y Apoyos Comunitarios a Largo Plazo (Community-Based Long-term Care Services and Supports, CBLTCS)

Si recibía servicios y apoyos comunitarios a largo plazo amparados por tarifa por servicio de Medicaid antes de afiliarse a Empire, continuará recibiendo estos servicios por noventa (90) días después de la afiliación o hasta que Empire haya completado la evaluación, lo que ocurra más tarde. Los Servicios de Cuidados y Apoyos Comunitarios a Largo Plazo (Community-Based Long Term Care Services and Supports, CBLTCS) son servicios de atención médica y de apoyo que se brindan a todas las personas sin distingo de edad con limitaciones funcionales o enfermedades crónicas que requieren asistencia con actividades diarias. Esto incluye servicios médicos a domicilio, atención de enfermería privada, servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor, programa de atención médica diurna para adultos y servicios de atención personal. Incluido en estos servicios se encuentra asistencia para bañarse, asistencia para vestirse, ayuda para preparar sus comidas y asistencia con medicamentos.

Si se lo desafilió de otro Plan de Atención Gestionada a Largo Plazo debido a una reducción, cierre u otro arreglo aprobado del área de servicio, puede optar por inscribirse en Empire y continuaremos brindando servicios bajo su plan de atención actual por un período de 120 días después de la inscripción o hasta que Empire haya realizado una evaluación y usted acepte el nuevo Plan de Servicios Centrado en la Persona.

Si Empire termina, reduce, suspende o restringe el acceso a estos servicios preexistentes, usted recibirá una notificación oficial de parte de Empire y tendrá derecho a una apelación interna, una audiencia imparcial y una apelación externa, así como el derecho a que los servicios en disputa continúen mientras se procesa la solicitud (consulte "*Audiencias Imparciales del estado*" y "*Apelaciones Externas del estado*" en la sección "*Decisiones y Apelación de Decisiones*").

SUS BENEFICIOS DE ATENCIÓN GESTIONADA A LARGO PLAZO

Empire ofrece una amplia gama de servicios de atención y apoyo a largo plazo como parte de sus beneficios cubiertos. Puede obtener los servicios descritos más adelante, siempre que sean médicamente necesarios, es decir, si son necesarios para prevenir o tratar su enfermedad o discapacidad. Su Gestor de Atención lo ayudará a identificar los servicios y proveedores que necesita. En algunos casos, es posible que necesite una remisión o una orden de su proveedor de atención médica para recibir estos servicios. Su Gestor de Atención también trabajará con sus proveedores de atención médica para coordinar otros "beneficios no cubiertos", como hospitales, médicos o servicios de diagnóstico.

¿Qué significa "médicamente necesario"?

Un servicio se considera "médicamente necesario" si es necesario para prevenir, diagnosticar, corregir o curar una condición que cause sufrimiento agudo, ponga en peligro la vida, desencadene una enfermedad o dolencia, interfiera con su capacidad de actividad normal o amenace con alguna discapacidad significativa.

¿Qué significa "beneficios cubiertos"?

Estos son beneficios y servicios que se aprueban a través de su membresía en Empire; por lo general, los presta o los brinda un proveedor de la red y son pagados por Empire. Los servicios específicos, así como la frecuencia y duración de estos servicios, se aprobarán en función de la evaluación de su Gestor de Atención de sus necesidades médicas, físicas y sociales. Empire organizará todos los servicios cubiertos médicamente necesarios en su nombre.

Si en algún momento se realiza un cambio en los beneficios y servicios cubiertos por Empire, se le notificará el cambio por escrito. Esta notificación se proporcionará con al menos treinta (30) días antes de la fecha de entrada en vigencia de dicho cambio.

¿Qué significa "beneficios coordinados no cubiertos"?

Estos son beneficios y servicios que **NO** están cubiertos por Empire. Aunque los servicios coordinados no son pagados por Empire, el personal de gestión de atención de Empire puede ayudar a los miembros a acceder a ellos. Puede elegir cualquier proveedor que desee (el proveedor no tiene que ser un proveedor de la red), siempre que ese proveedor acepte Medicare, Medicaid, su seguro de un tercero o usted pague en forma privada.

Servicios cubiertos y coordinados

Servicios cubiertos **(Capitación cubierta por MLTC)**	**Servicios no cubiertos** **(se puede facturar tarifa por servicio de Medicaid)**
Atención Gestionada	**Servicios de hospitalización**
Atención de enfermería en el hogar* **(centro residencial de atención médica)**	**Servicios hospitalarios ambulatorios**
Atención domiciliaria **a. Enfermería** **b. Atención médica domiciliaria** **c. Fisioterapia (Physical Therapy, PT)** **d. Terapia ocupacional (Occupational Therapy, OT)** **e. Patología del habla (Speech Pathology, SP)** **f. Servicios médicos sociales**	**Servicios médicos que incluyen servicios prestados en un consultorio, clínica o centro o en el hogar**
Atención médica diurna para adultos	**Servicios de laboratorio**
Atención personal	**Servicios de radiología y radioisotopía**
Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)*: incluye suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas enteral y parenteral, baterías para audífonos, prótesis, aparatos ortopédicos y calzado ortopédico	**Transporte de emergencia**
Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales	**Servicios clínicos de medicina rural**
Transporte que no es de emergencia	**Diálisis renal crónica**
Podiatría*	**Servicios de salud mental**
Odontología	**Servicios de alcoholismo y abuso de sustancias**
Optometría/anteojos	**Servicios de la OPWDD**

PT, OT, SP u otras terapias brindadas en un entorno que no sea el hogar.	**Servicios de planificación familiar**
Audiología/audífonos*	**Medicamentos con receta y de venta libre, recetas compuestas**
Terapia respiratoria	**Cuidados paliativos**
Nutrición	**Y todos los demás servicios enumerados en Título XIX del Plan Estatal**
Servicio privado de enfermería	
Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor	
Comidas entregadas a domicilio o congregadas	
Atención social diurna	
Apoyos sociales y del entorno	

* Medicare puede cubrir estos servicios según ciertos criterios. Si Medicare cubre alguno de estos servicios, se le cobrarán primero a Medicare. Si tiene un seguro adicional (que no sea Medicare ni Medicaid) que cubra cualquiera de los servicios anteriores, a este seguro adicional se le cobrará antes que a Empire. Siempre muestre sus tarjetas de Medicaid, Medicare e Empire al recibir atención o servicios.

Al utilizar cualquiera de los servicios anteriores que son reembolsables por Medicare, usted tiene la libertad de elegir su propio proveedor. Sin embargo, le recomendamos que use proveedores de la red de Empire.

Tenga en cuenta que los servicios cubiertos que se han enumerados también se pueden prestar por telesalud. Telesalud brinda servicios que usan tecnologías electrónicas de información o comunicación cuando es médicamente apropiado y cuando se ha obtenido autorización previa para este método de brindar atención.

Descripción de servicios cubiertos

Atención médica diurna para adultos	Atención proporcionada en un centro residencial de atención médica que incluye los siguientes servicios: médicos, de enfermería, alimentación y nutrición, sociales, terapia de rehabilitación, actividades planificadas de tiempo libre, de odontología y farmacéuticos.

Audiología/audífonos	Entre los servicios de audiología se encuentran pruebas de audición y prescripción de audífonos. Los servicios de audífonos incluyen selección, ajuste y dispensación de audífonos, así como mantenimiento y conservación necesarios del dispositivo. Esta categoría también incluye audífonos en uso y partes asociadas.
Atención Gestionada	Proceso que lo ayuda a acceder a servicios cubiertos necesarios identificados en su Plan de Servicios Centrado en la Persona. Los servicios de gestión de atención incluyen coordinación de sus servicios, independientemente de si están en el paquete de beneficios.
Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor	Le permite recibir asistencia, de parte de un asistente personal dirigido por el consumidor, para servicios de atención personal, servicios de asistencia médica domiciliaria y tareas de enfermería especializada. Consulte la sección "Servicio de Asistencia Personal Dirigido por el Consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Service, CDPAS)" para obtener más detalles.
Odontología	Empire se asocia con Liberty Dental Plan para proporcionar los siguientes servicios odontológicos: Servicios de diagnóstico y prevención, odontología restauradora, terapia de conducto radicular*, periodoncia, coronas prostéticas y extraíbles*, prótesis extraíble* y servicios odontológicos de emergencia*. (*Se requiere autorización previa o se pueden aplicar otras limitaciones).

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)	Este es el equipo que, según lo determinado por un profesional de atención médica, es necesario para el tratamiento de su condición médica. Entre estos se encuentran suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas enteral y parenteral y baterías para audífonos. Prótesis, aparatos ortopédicos y calzado ortopédico **no** son equipos médicos duraderos.
Atención domiciliaria	Servicios prestados en su hogar como enfermería, servicios de asistencia médica domiciliaria, servicios médicos sociales, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia de patología del habla.
Comidas entregadas a domicilio o congregadas	Comidas disponibles para los miembros que no pueden preparar ni obtener comidas nutricionalmente adecuadas para ellos.
Servicios médicos sociales	Servicios de un Trabajador Social calificado en el contexto de su plan de atención con el objetivo de ayudarlo a permanecer en su hogar.
Transporte médico que no sea de emergencia	Transporte relacionado con una necesidad médica que no es una emergencia. Empire se asocia con MovidCare para satisfacer sus necesidades de transporte que no es de emergencia.
Atención de enfermería en el hogar (centro de salud residencial)	La atención en una residencia para personas mayores está cubierta para personas que requieren tanto atención a corto plazo como colocación permanente, siempre que sean elegibles para la cobertura institucional de Medicaid.
Servicios de nutrición	Estos servicios, proporcionados por un nutricionista calificado, comprenden evaluación de sus necesidades nutricionales, educación nutricional y planificación de su dieta.

Terapia ocupacional	Servicios de rehabilitación proporcionados por un terapeuta ocupacional registrado con licencia para tratar una discapacidad física o mental y restaurarlo a su mejor nivel funcional.
Optometría/anteojos	Empire se asocia con Superior Vision Plan para proporcionar los siguientes servicios de optometría: Servicios de un optometrista o un distribuidor oftálmico. El equipo cubierto por esta categoría incluye anteojos, lentes de contacto médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales y ayudas para visión disminuida.
Atención personal	Asistencia con actividades tales como higiene personal, vestirse y comer.
Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales	Este es un dispositivo de alarma electrónico, que le permite solicitar ayuda en caso de una emergencia.
Fisioterapia	Servicios de rehabilitación proporcionados por un fisioterapeuta autorizado y registrado para ayudar a las personas a recuperar o mejorar sus capacidades físicas.
Podología	Servicios médicos para sus pies proporcionados por un podiatra.
Servicio privado de enfermería	Atención continua brindada en su hogar por una Enfermera Registrada (Registered Nurse, RN) o una Enfermera Práctica Licenciada (Licensed Practical Nurse, LPN).
Terapia respiratoria	Servicios de un terapeuta respiratorio calificado para ayudarlo con su respiración.
Apoyos sociales y del entorno	Servicios tales como mantenimiento del hogar, limpieza, tareas domésticas, mejoras del hogar, así como atención de relevo.

Atención social diurna	Proporciona a personas con discapacidad funcional socialización, supervisión y nutrición en un lugar seguro durante cualquier momento del día, pero por un período inferior a veinticuatro (24) horas.
Terapia del habla	Tratamiento por parte de un patólogo del habla y lenguaje con licencia y registrado para ayudar con su rehabilitación del lenguaje.

Limitaciones en los beneficios cubiertos

- La fórmula enteral y los suplementos nutricionales están limitados a personas que no pueden recibir nutrición a través de otros medios y a las siguientes condiciones:
  - Personas alimentadas con sonda que no pueden masticar ni tragar alimentos y deben recibir nutrición por medio de fórmula a través de un tubo.
  - Personas con trastornos metabólicos innatos inusuales que requieren fórmulas médicas específicas para recibir nutrientes esenciales que no están disponibles por ningún otro medio. La cobertura para ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos incluirá productos alimenticios sólidos modificados que sean bajos en proteínas o que contengan proteínas modificadas.
- La atención en hogares de ancianos está cubierta para personas que necesitan atención a corto plazo y atención a largo plazo para personas consideradas en colocación permanente durante al menos tres meses. Después de ese período, su atención en un hogar de ancianos puede estar cubierta a través de Medicaid regular.
- La atención odontológica que se proporciona a través de Liberty Dental Plan incluye servicios de diagnóstico y prevención, odontología restauradora, terapia del conducto radicular*, periodoncia, coronas prostéticas y extraíbles*, prótesis extraíble* y servicios odontológicos de emergencia*. (**Se requiere autorización previa o pueden aplicar otras limitaciones*).

- La atención oftalmológica proporcionada a través de Superior Vision incluye los servicios de un oftalmólogo u optometrista e incluye exámenes y anteojos, lentes de contacto y lentes de policarbonato médicamente necesarios, ojos artificiales y ayudas para la baja visión. Se pueden aplicar algunas exclusiones.

Los servicios que un miembro de Empire pueda requerir y que no estén cubiertos por Empire, pero el proveedor los facture directamente a Medicaid, Medicare u otro tercero pagador, se pueden incluir en el Plan de atención del miembro y coordinar por el Equipo de Atención en colaboración con el médico de atención primaria del miembro y otros proveedores que participen en su atención. Tenga en cuenta que Empire siempre es el pagador secundario de Medicare y otros terceros pagadores. Para los miembros con cobertura de Medicare, si Medicare paga un servicio cubierto, Empire pagará los deducibles, copagos o coaseguros.

Servicios de Medicaid no cubiertos por nuestro Plan

Hay algunos servicios de Medicaid que Empire no cubre pero que pueden estar cubiertos por Medicaid regular. Puede recibir estos servicios de un proveedor que acepte Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid. Llame a Servicios al Miembro al 855-661-0002 (TTY 711) si tiene alguna pregunta sobre si un beneficio está cubierto por Empire o Medicaid. Algunos de los beneficios cubiertos por Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid son los siguientes:

Farmacia

La mayoría de los medicamentos recetados y de venta libre, así como los medicamentos recetados compuestos, están cubiertos por Medicaid regular o la Parte D de Medicare si tiene Medicare.

Determinados servicios de salud mental, que incluyen lo siguiente:

- Tratamiento de rehabilitación psiquiátrica intensiva
- Tratamiento diurno
- Administración del Caso para aquellos con enfermedades mentales graves y persistentes
  (patrocinados por unidades de salud mental estatales o locales)
- Atención hospitalaria parcial no cubierta por Medicare

- Servicios de rehabilitación para aquéllos en hogares comunitarios o con tratamiento familiar
- Tratamiento diurno continuo
- Tratamiento asertivo en la comunidad
- Servicios personalizados orientados a la recuperación

Ciertos servicios para retrasos mentales y discapacidades del desarrollo, incluidos los siguientes:

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento diurno
- Coordinación de servicios de Medicaid
- Servicios recibidos mediante el programa de exención de servicios comunitarios y domiciliarios

Otros servicios de Medicaid incluyendo:

- Tratamiento con metadona
- Terapia de observación directa para la tuberculosis
- Administración de Casos de COBRA para el VIH
- Planificación familiar

Servicios no cubiertos por Empire, Medicaid o Medicare

Si los servicios médicos no están cubiertos por Empire, Medicaid ni Medicare, debe pagarlos si su proveedor le informa con anticipación que estos servicios no están cubiertos Y usted acepta pagarlos.

Ejemplos de servicios no cubiertos por Empire, Medicaid o Medicare son:

- Cirugía estética si no es médicamente necesaria.
- artículos personales y de comodidad.
- tratamiento de infertilidad.
- Servicios del proveedor que no forman parte del plan (a menos que Empire lo envíe a ese proveedor).

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro al 855-661-0002 (TTY 711).

OBTENCIÓN DE SERVICIOS CUBIERTOS

Durante el proceso de planificación de la atención, su Equipo de Atención Gestionada trabajará con usted, su familia/cuidador y sus proveedores de atención médica para determinar los servicios que necesita. Su Gestor de Atención autorizará los servicios que recibirá de Empire, y su Coordinador de Servicios hará remisiones para proveedores participantes de Empire y organizará servicios para usted. Cuando se requiera una orden médica, su Equipo de Atención trabajará con su médico y otros proveedores para garantizar que se obtenga la orden adecuada. Hacemos el trabajo por usted para garantizar que todo lo que necesita esté en su lugar.

Solicitud de autorización del servicio

Cuando pide la aprobación de un tratamiento o servicio, esto se denomina **solicitud de autorización de servicio.** Si en algún momento siente que necesita un determinado servicio cubierto, usted o su proveedor en su nombre puede solicitar autorización del servicio mediante solicitud verbal o escrita a su Gestor de Atención, a través de una llamada a Servicios al Miembro al 855-661-0002 (TTY 711), o con el envío de la solicitud por escrito a:

Care Management
Empire BlueCross BlueShield HealthPlus
1981 Marcus Ave., Ste. 100
Lake Success, NY 11042

La autorización es el proceso por el cual Empire determina que el servicio solicitado es médicamente necesario. Los servicios se autorizarán en una cierta cantidad y por un período específico. Esto se llama **período de autorización**.

Autorización previa

Todos los servicios cubiertos requieren autorización previa (aprobación por adelantado) de Empire, a excepción de los siguientes servicios para los cuales los miembros pueden autorremitirse para una evaluación o servicios de rutina:

- Atención odontológica: remisiones y servicios de rutina cubiertos por Liberty Dental Plan

- Atención oftalmológica: examen de la vista de rutina y servicios cubiertos por Superior Vision

Revisión concurrente
También puede pedirle a Empire obtener más servicio del que está recibiendo ahora. Esto se llama **revisión concurrente**.

Revisión retrospectiva
En ocasiones, haremos una revisión de la atención que recibe para ver si todavía es necesaria. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya recibió. Esto se llama **revisión retrospectiva**. Le avisaremos si realizamos estas revisiones.

Después de solicitar la autorización del servicio

El plan cuenta con un equipo de revisión para asegurarse de que reciba los servicios que prometemos. Los médicos y enfermeros son parte del equipo de revisión. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que pidió sea médicamente necesario y adecuado en su caso. Para lograrlo, comparan su plan de tratamiento con los estándares médicos aceptables.

Podemos decidir denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por una cantidad menor a la solicitada. Estas decisiones las tomará un profesional de atención médica calificado. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión la tomará un revisor clínico, que puede ser un médico, una enfermera o un profesional de la salud que generalmente brinda la atención que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica**, utilizados para tomar la decisión con el fin de definir la necesidad médica.

Después de recibida su solicitud, la revisaremos mediante un proceso **estándar** o uno **acelerado**. Usted o su médico pueden pedir una revisión acelerada si se cree que una demora causará un daño grave a su salud. Si se rechaza su solicitud de una revisión acelerada, se lo informaremos y su solicitud se gestionará conforme al proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como su afección médica lo requiera, pero no más tarde de lo indicado a continuación.

Plazos para solicitudes de Autorización previa

Revisión estándar
Tomaremos una decisión sobre su solicitud dentro de tres días hábiles después de que tengamos toda la información que necesitemos, pero nos comunicaremos con usted a más tardar en 14 días después de que recibamos su solicitud. Le informaremos antes del 14to día si necesitamos más información.

Revisión acelerada
Tomaremos una decisión y nos comunicaremos con usted dentro de las 72 horas. Le informaremos dentro de las 72 horas si necesitamos más información.

Plazos para las solicitudes de revisión concurrente

Cuando se realiza una solicitud para un aumento en el número o la duración del servicio que ya se está brindando, la solicitud se denomina **Revisión Concurrente**.

Revisión estándar
Tomaremos una decisión dentro de un (1) día hábil después de que tengamos toda la información que necesitemos, y nos comunicaremos con usted a más tardar en catorce (14) días después de que hayamos recibido su solicitud.

Revisión acelerada
Tomaremos una decisión dentro de un (1) día hábil después de que tengamos toda la información que necesitemos. Recibirá noticias nuestras dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Le informaremos dentro de un (1) día hábil si necesitamos más información.

Plazos para extensiones

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada sobre su solicitud de servicio, los plazos anteriores pueden extenderse hasta catorce (14) días. Nosotros:

- Le escribiremos y diremos la información necesaria. Si su solicitud es para una revisión acelerada, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos una notificación por escrito más adelante.

- Le informaremos por qué la demora es buena para usted.
- Tomaremos una decisión lo más rápido posible cuando recibamos la información necesaria, pero antes de 14 días desde que solicitamos más información.

Usted, o alguien que actúe en su nombre, también puede solicitar que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que tiene más información que proporcionarnos para ayudar a decidir su caso. Esto se puede hacer con una llamada a Servicios al Miembro al 855-661-0002 (TTY 711) o con el envío de una solicitud por escrito a:

Care Management
Empire BlueCross BlueShield HealthPlus
1981 Marcus Ave., Ste. 100
Lake Success, NY 11042

Usted o alguien de su confianza puede presentar una queja ante Empire si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su solicitud. También puede presentar una queja acerca del tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del estado de New York, a través del 866-712-7197.

Si aprobamos parte o la totalidad de su solicitud, autorizaremos el servicio o el producto solicitado.

Si denegamos parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará el motivo. Consulte "*¿Cómo presento una apelación de una acción?*" a continuación para obtener más información sobre cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

DECISIONES Y APELACIÓN DE DECISIONES

¿Qué es una decisión?

Cuando Empire deniega o limita los servicios solicitados por usted o su proveedor, niega una solicitud de remisión, decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto, restringe, reduce, suspende o cancela los servicios que ya autorizamos, niega el pago de servicios, no brinda servicios oportunos, o no realiza determinaciones de quejas o apelaciones dentro de los plazos requeridos, se consideran “decisiones” del plan. Una decisión está sujeta a apelación. (Consulte "¿Cómo presento una apelación a una decisión?" más adelante para obtener más información).

Plazos de la notificación de decisión

Si decidimos denegar o limitar servicios que solicitó, o decidimos no pagar la totalidad o parte de un servicio cubierto, le enviaremos una notificación cuando tomemos una decisión. Si proponemos restringir, reducir, suspender o finalizar un servicio que está autorizado, nuestra carta se enviará al menos diez (10) días antes de que pretendamos cambiar el servicio.

Contenido de la notificación de decisión

Cualquier notificación que le enviemos sobre una decisión:

- Explicará la decisión que hemos tomado o tenemos la intención de tomar
- Citará los motivos de la decisión, lo que incluye fundamentos clínicos, si los hay
- Describirá su derecho a presentar una apelación ante nosotros (lo que incluye si también puede tener derecho al proceso de apelación externa del estado)
- Describirá cómo presentar una apelación interna y las circunstancias bajo las cuales puede solicitar que hagamos más rápido (proceso acelerado) nuestra revisión de su apelación interna

- Describirá la disponibilidad de criterios de revisión clínica en los que nos basamos para tomar la decisión (si la decisión involucra asuntos de necesidad médica o si el tratamiento o servicio en cuestión fue experimental o de investigación)
- Describirá la información, de haberla, que usted o su proveedor debe proporcionar para que tomemos una decisión sobre su apelación.

La notificación 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.
- Dirá que debe presentar una apelación antes de solicitar una Audiencia Imparcial.
- explicará cómo solicitar una apelación.

Si reducimos, suspendemos o terminamos un servicio autorizado, el aviso también le informará sobre sus derechos a que sus servicios continúen mientras se decide su apelación. Para que sus servicios continúen, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días posteriores a la fecha del aviso o la fecha de vigencia prevista de la decisión propuesta, la que sea posterior.

¿Cómo presento una apelación a una decisión?

Si no está de acuerdo con una decisión tomada por Empire, puede apelarla. Cuando presenta una apelación, significa que nosotros debemos revisar nuevamente la razón de la decisión que tomamos para decidir si estuvimos en lo correcto. Puede presentar una apelación a nuestra decisión verbalmente o por escrito. Cuando el plan le envíe una carta acerca de una decisión que se tomará (como negar o limitar o no pagar por servicios), usted debe presentar una solicitud de apelación dentro de los sesenta (60) días hábiles a partir de la fecha fijada en nuestra carta en la que se le notifica la decisión. Si reducimos, suspendemos o terminamos un servicio autorizado y desea que sus servicios continúen mientras se decide su apelación, usted debe solicitar una apelación dentro de los 10 días después de la fecha establecida en la notificación o a partir de la fecha prevista de entrada en vigencia de la decisión propuesta, la que sea más tarde.

¿Cómo contacto a mi plan para presentar una apelación?

Puede comunicarse con nosotros llamando al 855-800-4683 (TTY 711), o por escrito a:

Appeals and Grievances
Empire BlueCross BlueShield HealthPlus
1981 Marcus Ave., Ste. 100
Lake Success, NY 11042

La persona que reciba su queja la registrará y el personal adecuado supervisará la revisión de la apelación. Le enviaremos un aviso informándole que hemos recibido su apelación y cómo la manejaremos. Su apelación será revisada por un personal clínico calificado que no haya participado en la decisión inicial del plan o la acción que está apelando.

¿Cómo solicito la continuación del servicio durante el proceso de apelación?

Si está apelando una restricción, reducción, suspensión o terminación de servicios que actualmente tiene autorizados recibir, usted puede solicitar una apelación ante el plan para continuar recibiendo estos servicios mientras se decide sobre su apelación. Debemos continuar con sus servicios si pide una apelación ante el plan a más tardar 10 días después de la fecha establecida en la notificación acerca de la restricción, reducción, suspensión o terminación de los servicios o a partir de la fecha prevista de entrada en vigencia de la acción propuesta, la que sea más tarde. Para saber cómo solicitar una apelación ante el plan y solicitar ayuda para continuar, consulte la sección anterior "*¿Cómo presento una apelación a una decisión?*".

A pesar de que puede solicitar una continuación de servicios, si la decisión de la apelación ante el plan no es a su favor, podríamos exigirle que pague por estos servicios si se ofrecieron solo porque solicitó continuar recibiéndolos mientras se revisaba su caso.

¿Cuánto tiempo le tomará a Empire decidir sobre mi apelación de una decisión?

A menos que solicite una revisión acelerada, revisaremos su apelación de la decisión que tomamos como una apelación estándar. Le enviaremos una decisión por escrito tan rápido como sea necesario según su condición de salud, pero no posterior a los 30 días desde que recibamos su apelación. (El proceso de revisión puede aumentar hasta 14 días si solicita una extensión o si necesitamos más información y el retraso es conveniente para usted). Durante nuestra revisión, podrá presentar su caso en persona y por escrito. También le enviaremos sus registros que son parte de la revisión de la apelación.

Le enviaremos un aviso sobre la decisión que tomamos sobre su apelación que identificará la decisión que tomamos y la fecha en que tomamos esa decisión.

Si revertimos nuestra decisión de negar o limitar servicios solicitados o de restringir, reducir, suspender o terminar servicios, y los servicios no fueron suministrados mientras su apelación estaba pendiente, le proporcionaremos los servicios disputados tan rápido como sea necesario según su condición 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 de más de un servicio que ya está recibiendo. Si su proveedor cree que el tiempo que toma una apelación estándar puede traer como consecuencia un problema grave para su salud o su vida, puede solicitar una revisión acelerada de nuestra apelación de la decisión. Le comunicaremos nuestra decisión dentro de los dos días hábiles después de que recibamos toda la información necesaria. En ningún caso tardaremos en emitir nuestra decisión más de 72 horas hábiles después de recibir su apelación. (El proceso de revisión puede aumentar hasta 14 días si solicita una extensión o si necesitamos más información y el retraso es conveniente para usted).

Si no estamos de acuerdo con su solicitud para acelerar su apelación, haremos nuestro mejor esfuerzo para contactarlo en persona e informarle que hemos

rechazado su solicitud para una apelación acelerada y que la manejaremos como una apelación estándar. También, le enviaremos una notificación por escrito de nuestra decisión de rechazar su solicitud para una apelación acelerada dentro de los dos días de haber recibido su solicitud.

Si el plan niega mi apelación, ¿qué puedo hacer?

Si nuestra decisión acerca de su apelación no es totalmente a su favor, la notificación que reciba le explicará su derecho de solicitar una Audiencia Imparcial de Medicaid del estado de New York y cómo tener una Audiencia Imparcial. Medicaid podrá apelar ante la Audiencia Imparcial en su nombre. En cuanto a algunas apelaciones, su derecho a solicitar recibir servicios mientras la Audiencia está pendiente y cómo hacer la solicitud.

Nota: debe solicitar una Audiencia Imparcial dentro de los 120 días calendario después de la fecha en la Notificación de Determinación Adversa Definitiva.

Si rechazamos su apelación debido a asuntos de necesidad médica o porque el servicio en cuestión estaba en fase experimental o de investigación, la notificación también explicará cómo solicitar al estado de New York una "apelación externa" de nuestra decisión.

Audiencias Imparciales del estado

Si denegamos la apelación ante el plan o no proporcionamos una notificación de Determinación Adversa Definitiva dentro de los plazos indicados en "*¿Cuánto tiempo tardará el plan en decidir mi apelación de una acción?*" arriba, puede solicitar una audiencia imparcial del 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 después de la fecha en la Notificación de Determinación Adversa Definitiva.

Si reducimos, suspendemos o terminamos un servicio autorizado y desea asegurarse de que sus servicios continúen en espera de la Audiencia Imparcial, debe realizar su solicitud de Audiencia Imparcial dentro de los 10 días posteriores a la fecha del aviso de Determinación Adversa Definitiva.

Sus beneficios continuarán hasta que retire la Audiencia Imparcial del estado emita una decisión de audiencia que no sea a su favor, lo que ocurra primero.

Si el Oficial de la Audiencia Imparcial del Estado revierte nuestra decisión, debemos asegurarnos de que usted reciba rápidamente los servicios en disputa y tan pronto como lo requiera su condición de salud. Si recibió los servicios en disputa mientras se procesaba la apelación, seremos responsables del pago de los servicios cubiertos ordenados por el Oficial de la Audiencia Imparcial.

Si bien usted puede solicitar seguir recibiendo los servicios mientras espera la decisión de la Audiencia Imparcial, si esta no se decide a su favor, usted podría ser responsable del pago de los servicios que fueron el objeto de la Audiencia Imparcial.

Puede solicitar una Audiencia Imparcial del estado contactando a la Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidad:

Formulario de Solicitud Online: http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp

Envíe un Formulario de Solicitud que se pueda imprimir

Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidad del estado de New York
Oficina de Audiencias Administrativas
Unidad de Audiencias de Cuidados Administrados
Buzón de la Oficia de Correos 22023
Albany, NY 12201-2023

Envíe por fax un Formulario de Solicitud que se pueda imprimir (518) 473-6735

Solicitud por teléfono

Línea de Audiencia Imparcial estándar: 800-342-3334
Línea de Audiencias Imparciales de emergencia: 800-205-0110
Línea TTY: 711 (solicite que el operador llame al 877-502-6155)

Solicitud en persona

Ciudad de New York	Albany
14 Boerum Place, 1st Floor	40 North Pearl St., 1st Floor
Brooklyn, NY 11201	Albany, NY 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 porque determinamos que el servicio no es médicamente necesario o es experimental o de investigación, usted puede solicitar una apelación externa del estado de New York. La decisión de la apelación externa es tomada por revisores que no trabajan para nosotros ni para el estado de New York. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el estado de New York. No tiene que pagar por una apelación externa.

Cuando tomamos la decisión de rechazar una apelación por no tratarse de una necesidad médica o debido a que el servicio es experimental o de investigación, le proporcionaremos información sobre cómo presentar una apelación externa, lo que incluye un formulario para presentar la apelación externa junto con nuestra decisión de una apelación. Si desea la apelación externa, usted debe presentar el formulario ante el Departamento de Servicios Financieros del estado de New York dentro de los cuatro (4) meses desde la fecha en la que rechazamos su apelación.

Su apelación externa se decidirá dentro de los treinta (30) días. Podría ser necesario más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de la apelación externa solicita más información. Luego, el revisor le comunicará a usted y a nosotros la decisión final dentro de los dos (2) días hábiles desde que se tomó la decisión.

Puede obtener más rápido la decisión si su médico indica que la demora puede causar un daño grave a su salud. Esto se llama apelación externa acelerada. El revisor de la Apelación Externa decidirá una apelación acelerada en 72 horas o menos. El revisor le comunicará a usted y a nosotros la decisión por teléfono o fax inmediatamente. Después, también se le enviará una carta con la decisión.

Puede solicitar tanto una Audiencia Imparcial como una apelación externa. Si solicita una Audiencia Imparcial y una apelación externa, la decisión del Oficial de la Audiencia Imparcial será "la que cuenta".

ABORDAR SUS PROBLEMAS Y PREOCUPACIONES

Empire hará su mejor esfuerzo para resolver sus inquietudes o asuntos lo más rápido posible y para su satisfacción. Puede usar nuestro proceso de queja o nuestro proceso de apelación, dependiendo del tipo de problema que tenga.

No habrá ningún cambio en sus servicios ni en la forma en la que lo trate el personal de Empire o un proveedor de atención médica debido a la presentación de una queja o una apelación. Mantendremos su privacidad. Le brindaremos la ayuda que necesite para presentar una queja o apelación. Esto incluye proporcionarle servicios de intérprete o ayuda si tiene problemas de visión o audición. Puede elegir a alguien (como un familiar, amigo o proveedor) para que lo represente.

Para presentar una queja o apelar una decisión del plan, llame a Empire al 855-800-4683 (TTY 711) o escriba a:

Appeals and Grievances
Empire BlueCross BlueShield HealthPlus
1981 Marcus Ave., Ste. 100
Lake Success, NY 11042

Cuando se ponga en contacto con nosotros, deberá darnos su nombre, dirección, número de teléfono y los detalles del problema.

¿Qué es una queja?

Una queja es cualquier comunicación de insatisfacción sobre la atención y el tratamiento que reciba de nuestro personal o de proveedores de servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien fue grosero con usted o si no le gusta la calidad de la atención o los servicios que recibió de nosotros, puede presentarnos una queja.

El proceso de queja

Puede presentar una queja verbalmente o por escrito con nosotros. La persona que reciba su queja la registrará y el personal del plan adecuado supervisará la revisión de la queja. Le enviaremos una carta informándole que recibimos su queja y una descripción de nuestro proceso de revisión. Revisaremos su queja y le daremos una respuesta por escrito dentro de uno de estos dos plazos:

1. Si un retraso aumentaría significativamente el riesgo para su salud, decidiremos dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de la información necesaria, pero el proceso se completará dentro de los siete días posteriores de recibida la queja.

2. Para todos los demás tipos de quejas, le notificaremos nuestra decisión dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la información necesaria, pero el proceso se debe completar dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la queja. El período de revisión se puede aumentar hasta 14 días si lo solicita o si necesitamos más información y el retraso es conveniente para usted.

Nuestra respuesta describirá lo que encontramos cuando revisamos su queja y nuestra decisión sobre su queja.

¿Cómo apelo la decisión de una queja?

Si no está satisfecho con la decisión de Empire con respecto a su queja, puede solicitar una segunda revisión de su asunto mediante la presentación de una apelación de quejas. Esta se debe presentar dentro de los sesenta (60) días hábiles posteriores a la recepción de nuestra decisión inicial sobre su queja. Una vez que Empire reciba su apelación, le enviaremos un acuse de recibo por escrito dentro de los 15 días hábiles que le indicará el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que hemos designado para responder a su apelación. Todas las apelaciones de queja serán realizadas por profesionales adecuados, lo que incluye profesionales de atención médica para quejas relacionadas con asuntos clínicos que no hayan participado en la decisión inicial.

Para apelaciones estándar, tomaremos la decisión de la apelación dentro de los treinta (30) días hábiles posteriores a la recepción de toda la información necesaria para tomar nuestra decisión. Si un retraso en tomar nuestra decisión aumentaría significativamente el riesgo para su salud, utilizaremos los procesos acelerados de apelación de quejas. Para apelaciones de quejas aceleradas, tomaremos nuestra decisión de apelación dentro de los dos (2) días hábiles posteriores a la recepción de la información necesaria. Para apelaciones de quejas tanto estándar como aceleradas, le enviaremos una notificación por escrito de nuestra decisión. La notificación incluirá los motivos detallados de nuestra decisión y, en casos que involucren asuntos clínicos, la justificación clínica de nuestra decisión.

Programa de defensa

La defensa del participante, llamada Red Independiente de Defensa al Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN), es una organización independiente que proporciona servicios gratuitos de defensa a los beneficiarios de atención a largo plazo en el estado de New York. Pueden brindarle asesoría gratuita e independiente acerca de su cobertura, quejas y las opciones de apelación. El personal de la ICAN lo ayudará a manejar el proceso de apelación. También pueden ayudarlo antes de inscribirse en un plan MLTC como Empire. Esta ayuda incluye asesoramiento imparcial sobre la elección de planes de salud e información relacionada con el plan general.

Comuníquese con la ICAN para obtener más información acerca de los servicios que ofrecen.

Números de teléfono gratuitos: 844-614-8800
Los usuarios de TTY deben llamar al 711, y luego seguir las indicaciones para marcar 844-614-8800
Correo electrónico: ican@cssny.org

Para conocer más sobre la ICAN: http://icannys.org

ACCESO A PROVEEDORES

Atención de transición

Si está haciendo una transición de un programa comunitario de atención a largo plazo de Medicaid de tarifa por servicio, Empire seguirá proporcionando servicios autorizados bajo su servicio existente y le permitirá mantener a sus proveedores de servicios por un mínimo de noventa (90) días. Los proveedores fuera de la red pueden seguir prestando servicios durante el período de transición siempre que acepten la tarifa de pago que ofrece Empire, se adhieran a la garantía de calidad y a otras políticas de Empire y proporcionen información médica sobre la atención a Empire.

Si Empire termina, reduce, suspende o restringe el acceso a estos servicios preexistentes, usted recibirá una notificación oficial de parte de Empire y tendrá derecho a una apelación interna, una audiencia imparcial y una apelación externa, así como el derecho a que los servicios en disputa continúen mientras se procesa la solicitud (consulte "*Audiencias Imparciales del estado*" y "*Apelaciones Externas del estado*" en la sección "*Decisiones y Apelación de Decisiones*»).

Procedimientos de atención de transición

Los nuevos miembros en Empire pueden continuar un tratamiento en curso, durante un período de transición de hasta 60 días desde la inscripción, con un proveedor de atención médica fuera de la red si el proveedor acepta la tarifa de pago del plan, se adhiere a la políticas de garantía de calidad y a otras políticas de Empire y proporciona información médica al plan sobre la atención.

Si su proveedor se va de la red, puede continuar el curso del tratamiento por un período de transición de hasta 90 días si el proveedor acepta la tarifa de pago del plan, se adhiere a las políticas de garantía de calidad y a otras políticas, y proporciona información médica al plan sobre la atención.

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

MFP/Open Doors es un programa que puede ayudarlo a salir de un hogar de ancianos para regresar a su hogar o vida en la comunidad. Puede calificar para el programa MFP en los siguientes casos:

- Han vivido en una residencia para personas mayores por tres meses o más y
- Tiene necesidades de salud que se pueden cubrir a través de servicios en su comunidad.

El programa MFP/Open Doors cuenta con personas, llamadas Especialistas y Pares de Transición, que se reunirán con usted en el hogar de ancianos y hablarán sobre el regreso a la comunidad. Los Especialistas y Pares de Transición son diferentes a los Gestores de Atención y a los Planificadores de Alta. Pueden ayudarle con lo siguiente:

- Brindarle información sobre servicios y ayudas en la comunidad.
- Encontrar servicios ofrecidos en la comunidad para ayudarlo a ser independiente.
- Visitarlo o llamarlo después de la mudanza para asegurarse de que tenga lo que necesitan en su hogar.

Para obtener más información sobre MFP/Open Doors, o para programar una visita de un Especialista o Par de Transición, comuníquese con la Asociación de New York para la Vida Independiente:

Por teléfono: 844-545-7108
Correo electrónico: mfp@health.ny.gov

También puede visitar MFP/Open Doors en la web en health.ny.gov/mfp o ilny.org.

Proveedores que participan en la red de Empire

Una red de proveedores participantes suministra los servicios cubiertos. Esta red está diseñada para garantizar que cuente con opciones adecuadas para atender cualquier necesidad especial que pueda tener. Además, todos nuestros proveedores tienen un contrato con Empire para garantizar una atención de calidad para los miembros de Empire. Consulte el Directorio de Proveedores de Empire para ver la lista de todos los proveedores que participan en la red. También puede contactar a Servicios al Miembro al 855-661-0002 (TTY 711) si necesita otra copia del Directorio o puede acceder a este en nuestro sitio web empireblue.com/nymltc. Tiene derecho a

seleccionar a cualquiera de los proveedores que participan en la red de Empire, y si le parece difícil el proceso de selección, su Equipo de Atención con gusto lo ayudará. La selección del Equipo considerará factores como su idioma preferido, discapacidades y necesidades especiales que pueda tener, así como sus preferencias personales.

Queremos que esté totalmente satisfecho con todos nuestros proveedores de servicios. Si está descontento con alguno por la razón que sea, puede cambiarse a otro proveedor participante en la red. Su Equipo de Atención está disponible para asistirlo.

Empire les pagará a los proveedores de la red por cada servicio autorizado que le proporcionen. Sin costo alguno para usted. Contacte a su Equipo de Atención si recibe una factura de un proveedor por cualquier servicio cubierto autorizado por Empire, ya que usted no es responsable de pagarla. Sin embargo, usted podría ser responsable de pagar por servicios cubiertos que **no** fueron autorizados por Empire o por servicios cubiertos que se obtuvieron de proveedores **fuera** de la red de Empire.

Cualquier servicio cubierto por Medicaid o Medicare que recibe actualmente y que no está cubierto por Empire, seguirá siendo cubierto por la tarifa por servicio de Medicare o Medicaid. Por lo tanto, es importante que lleve con usted sus tarjetas de Medicare y Medicaid además de su tarjeta de identificación de Empire.

Hogares de veteranos

Un miembro de Empire que sea veterano, su cónyuge o un familiar con Estrella Dorada, pueden acceder a servicios de hogar de veteranos en la red. Si hay un hogar de veteranos que no está contratado en la red, pero está en el área de servicio de Empire, se pueden hacer arreglos para permitir que un miembro elegible acceda a sus servicios. Consulte a su Gestor de Atención si es elegible y está interesado.

Proveedor odontológico

Empire se asocia con Liberty Dental Plan para proporcionar beneficios odontológicos a nuestros miembros. Como miembro de Empire, usted puede acceder a servicios odontológicos directamente sin una remisión, a través de los proveedores odontológicos contratados por Liberty Dental Plan. Al afiliarse a Empire, se le asignará un Odontólogo de Atención Primaria que esté cerca de su hogar. Si desea

cambiar de odontólogo, llame a Liberty Dental Plan al 833-276-0847 (TTY 711) para obtener ayuda.

Proveedor oftalmológico

Empire se asocia con Superior Vision para proporcionar beneficios oftalmológicos a nuestros miembros. Como miembro de Empire, usted puede acceder a servicios oftalmológicos directamente sin una remisión, a través de los proveedores contratados por Superior Vision. Puede comunicarse con Superior Vision al 800-428-8789.

Proveedor de transporte

Empire se asocia con MovidCare para proporcionar beneficios de transporte que no es de emergencia a nuestros miembros. Como miembro de Empire, usted puede acceder a servicios de transporte que no es de emergencia a través de proveedores de transporte contratados por MovidCare. Usted debe notificar al menos tres (3) días antes para cualquier solicitud de transporte y diez (10) días si le gustaría usar la opción de MetroCard para usar el autobús o el subterráneo.

Para programar transporte que no es de emergencia:

Llamar a ModivCare: 877-831-3146

Línea "Dónde está mi transporte": 877-831-3147 (TTY 866-288-3133)

Atención fuera de la red

Si necesita un servicio cubierto de un proveedor no participante, Empire autorizará tal servicio para que sea proporcionado fuera de la red. Esta autorización fuera de la red será proporcionada hasta que los servicios puedan ser suministrados en la red. Podría ser proporcionada una autorización única para servicios como equipo médico duradero, aparatos ortopédicos, prótesis o reparación de vivienda. Para servicios que requieren de atención continua como atención médica domiciliaria o atención personal, se otorgará una autorización por un máximo de noventa (90) días cada vez.

Tiempo fuera del área de servicio

Debe informarle a su Equipo de Atención cuando viaje fuera de su área de cobertura. Si llega a necesitar servicios fuera de su área de cobertura, debe comunicarse con su Equipo de Atención para recibir asistencia con la coordinación de los servicios.

Si planea estar fuera del área de servicio por más de treinta (30) días consecutivos, Empire está obligada a iniciar una desafiliación involuntaria, ya que no podríamos supervisar y gestionar su plan de atención eficazmente. Contacte a su Equipo de Atención para discutir sus opciones y planificar la transición de su atención.

Atención de emergencia

Una emergencia es una lesión o enfermedad aguda que tiene un riesgo inmediato para la vida o la salud a largo plazo de una persona. En caso de emergencia, debe buscar atención inmediata en una sala de emergencias o llamar al 911.

No es requerido que obtenga una autorización previa de Empire para atención de emergencia, ni para servicios cubiertos que son médicamente necesarios para estabilizar o tratar una condición de emergencia. Pero en caso de emergencia, usted o alguien en su nombre debe contactar a su Equipo de Atención lo más pronto posible, a más tardar tres (3) días después de la emergencia.

Su Gestor de Atención preguntará sobre las circunstancias de su emergencia, obtendrá información del centro de emergencia y determinará qué servicios adicionales, de haberlos, puede haber necesitado para estabilizar su atención o prevenir emergencias similares en el futuro. Si es adecuado un ajuste de los servicios, su plan de atención será revisado según corresponda.

Cuando Empire está organizando servicios cubiertos en una emergencia, la autorización de la prestación de servicios se dará en un período de tres (3) días. Se debe hacer una solicitud de autorización para que el servicio continúe después de tres (3) días, a menos que el Gestor de Atención considere que es médicamente necesario continuar el servicio. Si un miembro o alguien en su nombre solicita un servicio durante una emergencia y aparentemente hay motivos de urgencia, la solicitud se manejará como una solicitud acelerada.

Hospitalización

En caso de hospitalización, usted o alguien en su nombre debe contactar a Empire lo más pronto posible, a más tardar veinticuatro (24) horas después de la admisión. Su Equipo de Atención cancelará o pospondrá sus servicios y citas programados regularmente durante su estadía en el hospital.

Antes de ser dado de alta, asegúrese de pedirle a su planificador de altas del hospital que contacte a su Equipo de Atención para programar que se reanuden sus beneficios y servicios anteriores, y organizar algún beneficio o servicio nuevo que pueda necesitar luego de haber sido dado de alta.

Servicios cubiertos por Medicare

Ser miembro de Empire no afecta su cobertura de Medicare. Sus servicios cubiertos por Medicare seguirán siendo cubiertos por Medicare, y si está afiliado a un Plan de Medicare Advantage, por ese plan. Usted NO necesita cambiar de proveedor de atención médica o de Plan de Medicare Advantage, de estar afiliado en uno. Para servicios de Medicare, no tiene que utilizar un proveedor que participa en Empire; puede escoger al proveedor que desee. No necesita obtener una aprobación de Empire para recibir algún beneficio cubierto por Medicare. Cuando se haya agotado su cobertura de Medicare, o si un servicio NO está cubierto por Medicare, Empire se convertirá en su operador principal para cualquier beneficio aprobado por el plan y necesitará cambiarse a uno de nuestros proveedores participantes para ese servicio.

Empire puede ayudarlo a coordinar servicios de Medicare de la siguiente manera:

- Organizar servicios médicos domiciliarios cubiertos por Medicare
- Programar transporte que no es de emergencia
- Programar citas para pruebas de laboratorio, radiografías o cualquier otra prueba o servicio diagnóstico aprobado por su médico

Si recibe beneficios o servicios cubiertos tanto por Medicare como por Empire, Medicare siempre será el seguro primario. Si Medicare no cubre el costo total de estos servicios, se le puede cobrar a Empire coaseguro y deducibles.

Si actualmente recibe servicios o beneficios cubiertos por Medicare, puede seguir usando a su proveedor actual para esos servicios. Sin embargo, le recomendamos que considere usar un proveedor participante de Empire. Esto garantizará que sus servicios se mantengan cubiertos en caso de que Medicare limite o finalice su cobertura. Si su proveedor actual no es un proveedor participante de Empire, contacte a su Equipo de Atención para discutir sus opciones.

DESAFILIACIÓN DEL PLAN MLTC DE EMPIRE

Desafiliación voluntaria

Puede solicitar la desafiliación de Empire en cualquier momento y por cualquier motivo llamándonos al 855-661-0002 (TTY 711) o escribiéndonos.

Un representante de Empire le preguntara la razón de su desafiliación para determinar si hay algún problema que se pueda abordar. Si igual elige desafiliarse, le enviaremos una carta de confirmación en señal de reconocimiento de la recepción de su solicitud. Le pediremos que firme un formulario de desafiliación voluntaria. Si no puede o no desea firmar esto, procederemos a desafiliarlo. Luego, Empire enviará la solicitud de desafiliación con la información pertinente a New York Medicaid Choice (NYMC) o al LDSS para que la revisen y aprueben.

Debe estar consciente de que la desafiliación no es inmediata. Puede tomar hasta seis (6) semanas en ser procesada, dependiendo de cuándo se reciba su solicitud.

Durante el proceso de desafiliación, Empire seguirá organizando servicios de atención gestionada a largo plazo para usted y coordinará transferir su atención al proveedor que usted indique que lo va a atender luego de la desafiliación.

Puede cancelar su inscripción en Medicaid regular o unirse a otro plan de salud, siempre y cuando califique. Si sigue necesitando servicios de Atención a Largo Plazo basados en la Comunidad (Community-Based Long Term Care Services and Supports, CBLTCS), como atención personal, debe unirse a otro plan MLTC, plan

de Atención Gestionada de Medicaid o a un programa de exención basado en el hogar y la comunidad para poder recibir servicios de CBLTC. (Consulte la sección *"Transferencias"* para conocer las limitaciones sobre cuándo puede transferirse de un plan MLTC a otro).

Desafiliación involuntaria

Una desafiliación involuntaria es una desafiliación iniciada por Empire. Si no solicita la desafiliación voluntaria de la inscripción, debemos iniciar la desafiliación involuntaria de la inscripción dentro de los cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que sabemos que cumple con cualquiera de los motivos de desafiliación involuntaria de la inscripción que se enumeran a continuación.

Deberá dejar Empire si:

- Ya no es elegible para beneficios Medicaid.
- Se muda del área de servicio de Empire permanentemente.
- Ha estado fuera del área de servicio por más de treinta (30) días consecutivos.
- Necesita atención en un hogar de ancianos, pero no califica para Medicaid institucional.
- Está hospitalizado o ingresa a un programa residencial de la Oficina de Salud Mental, la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo o la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más.
- Se evalúa que ya no tiene una necesidad funcional o clínica de servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad (Community Based Long-Term Care, CBLTC) mensualmente.
- Solo tiene Medicaid y ya no cumple con el nivel de atención de un asilo de ancianos según lo determinado mediante la herramienta de evaluación designada.
- Recibe Atención social diurna como su único servicio.

- Ya no necesita ni recibe al menos un servicio CBLTC en cada mes calendario.
- En cualquier punto de la reevaluación mientras vive en la comunidad, se determina que ya no muestra una necesidad funcional o clínica para recibir servicios de CBLTC.
- Ha sido encarcelado.
- Le proporciona información falsa al plan, engaña o participa en una conducta fraudulenta con respecto a cualquier aspecto sustantivo de la membresía de su plan.

Empire también iniciará la desafiliación en las siguientes situaciones si, después de varios intentos de trabajar con usted o su representante, determinamos que el problema no se puede resolver eficazmente:

- Si usted o su familia, u otras personas en su hogar, tienen una conducta o comportamiento que le impide a Empire proporcionarle la atención que necesita (sin incluir comportamientos que sean consecuencia de sus necesidades especiales).
- Si no paga o no hace arreglos para pagar cualquier monto de reducción de gastos o excedente que se le deba a Empire según lo establecido por el LDSS dentro de los treinta (30) días después de que tal monto se venza, siempre que Empire haga un esfuerzo razonable para cobrarlo previamente, lo que incluye hacer una solicitud del pago por escrito.

Empire no desafiliará a un miembro basándose en un cambio adverso en su salud o en cambios en la tasa de capitación que debe pagar Empire. La desafiliación nunca se iniciará debido a la utilización de servicios cubiertos del miembro, capacidad mental disminuida o comportamientos poco cooperativos o disruptivos que sean consecuencia de sus necesidades especiales.

Antes de cancelar su suscripción voluntariamente, Empire obtendrá la aprobación de New York Medicaid Choice (NYMC) o la entidad designada por el Estado. Después de haber recibido aprobación para la desafiliación, Empire le enviará una carta en señal de confirmación de la desafiliación. Esta carta indicará la fecha de vigencia de la desafiliación, que será el primer día del mes siguiente al mes en el que dejó de ser elegible para la inscripción. Empire continuará proporcionando y coordinando

servicios cubiertos hasta la fecha en la que se haga efectiva la desafiliación, y proveerá todas las remisiones necesarias para servicios alternativos.

Si sigue necesitando servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad, se le pedirá que elija otro plan o se le asignará automáticamente (autoasignación) a otro plan. Se les notificarán sus derechos de apelación por el LDSS a los miembros a quienes se les haya desafiliado de forma involuntaria.

Reafiliarse a Empire

Si se desafilia voluntariamente, se le permitirá reafiliarse al programa si cumple nuestros criterios de elegibilidad para la afiliación. Si se le desafilia de forma involuntaria, se le permitirá reafiliarse al programa si han sido resueltas las circunstancias por las cuales se le desafilió.

Si se le desafilió de forma involuntaria debido a que no hizo el pago de reducción de gastos, deberá hacer el pago total del saldo vencido antes de que pueda reafiliarse a Empire.

Es requerido que todas la reafiliaciones se manejen como si fueran nuevas afiliaciones. De esta forma, Empire debe volver a establecer su elegibilidad para afiliarse y realizar una visita domiciliaria para completar las evaluaciones y solicitud de afiliación.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS)

Mediante el Programa del Servicio de Asistencia Personal Dirigido por el Consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Service, CDPAS), los miembros pueden recibir ayuda parcial o total con las tareas de atención personal, las de atención médico domiciliaria o las de enfermería especializada. El miembro dirige, instruye y supervisa al asistente del CDPAS que realice estas tareas. Esto permite a los miembros con enfermedades crónicas y discapacidades físicas tener

mayor flexibilidad y libertad de elección en la obtención de sus servicios de atención domiciliaria. Puede ejercer la opción del CDPAS en cualquier momento durante su afiliación a Empire.

Si opta por usar el CDPAS, Empire seguirá siendo responsable por la evaluación integral y desarrollo de un plan de servicio centrado en la persona. Sin embargo, usted (o su representante) es responsable de tomar decisiones con respecto al personal del CDPAS en cuanto a su contratación, capacitación, programación, evaluación, verificación y aprobación de la hoja de horario y despidos.

Para participar en el Programa del CDPAS, debe obtener una orden médica y cumplir todos los siguientes requisitos de elegibilidad:

- Contar con una condición médica estable.
- Ser autónomo o, si no lo es, tener un representante designado
- Necesitar ayuda parcial o total con una o más tareas de atención personal, tareas de atención médica domiciliaria o tareas de enfermería especializada
- Estar dispuesto y poder cumplir con las responsabilidades del CDPAS (descritas más adelante) o tener un representante designado que esté dispuesto y pueda cumplir con tales responsabilidades
- Participar según sea necesario, o tener un representante designado que participe según sea necesario, en los procesos de evaluación y revisión

Antes de recibir el CDPAS, debe firmar un reconocimiento del consumidor de los roles y responsabilidades de Empire y el miembro, que son los siguientes:

Responsabilidades de Empire con el CDPAS

- Proporcionarle información sobre cómo calificar para el CDPAS y otros servicios de atención comunitaria a largo plazo.
- Si expresa su interés en el CDPAS, Empire le proporcionará materiales educativos escritos que describan los detalles y responsabilidades asociadas que usted o su representante designado deberán asumir
- Evaluar si usted es elegible para recibir servicios de atención domiciliaria o servicios de atención personal

- Determinar si usted o su representante designado puede y está dispuesto a asumir todas las responsabilidades asociadas con la recepción del CDPAS
- Determinar si usted es elegible para recibir el CDPAS
- Evaluar su salud y documentarla en el plan de atención centrada en el paciente para garantizar que los apoyos adecuados estén disponibles para satisfacer sus necesidades
- Autorizar el tipo, la cantidad y el nivel de servicios que usted requiera
- Autorizar servicios a través de un solo FI y trabajar con usted para seleccionar un FI en caso de que Empire se dé cuenta de que más de un FI proporciona los servicios
- desarrollar un plan de atención conjuntamente con usted para describir las tareas que debe realizar el asistente personal. Empire conservará el documento del plan de atención y le entregará una copia.
- Si se determina que usted ya no es elegible para seguir recibiendo el CDPAS o Empire termina su recepción del CDPAS, Empire evaluará en forma continua si el miembro requiere atención personal, atención médica domiciliaria o algún otro nivel de servicio.
- Proporcionarle notificaciones apropiadas en caso de la terminación o reducción en el nivel y la cantidad de servicios, lo que incluye una notificación de Audiencia Imparcial y, adicionalmente, proporcionarle una notificación apropiada si se determina que es elegible o que ya no es elegible para recibir el CDPAS

Responsabilidades de usted o de su representante designado con el CDPAS

- Revisará la información proporcionada por Empire sobre el CDPAS y entender los roles y responsabilidades de Empire, el intermediario fiscal y usted.
- Será responsable de reclutamiento, contratación, capacitación, supervisión, horarios y terminación de la relación de los asistentes personales de su elección para satisfacer sus necesidades.

- Mantendrá un ambiente apropiado en el hogar para cumplir con la atención de manera segura
- Trabajará con un solo FI. Puede cambiar su FI en cualquier momento, pero debe trabajar solo con uno a la vez.
- Capacitará a los asistentes personales para implementar el plan de atención.
- Cumplirá con la legislación laboral y proporcionar oportunidades iguales de empleo como se especifica en el acuerdo entre el usted y el Intermediario Fiscal (Fiscal Intermediary, FI)
- Informará a Empire y al FI de cualquier cambio en su estado o condición dentro de los cinco (5) días hábiles, entre lo que se incluye hospitalizaciones, cambios de dirección y número de teléfono, vacaciones, etc.
- Asegurará la entrega precisa y puntual de la presentación del currículum requerido del asistente personal al FI, lo que incluye las fichas horarias, las evaluaciones anuales de salud del trabajador y los documentos de empleo que se requieran
- Desarrollará y mantendrá un plan de contingencia para garantizar que los apoyos adecuados estén disponibles para satisfacer sus necesidades
- Revisará y firmará la tarjeta de asistencia semanal del asistente personal para garantizar que refleje el número real de horas autorizadas que trabajó.
- Cooperará con Empire y cumplirá los requisitos del Programa de Atención Gestionada de Medicaid, entre los que se encuentra la disponibilidad de las reevaluaciones requeridas.
- Informará y devolverá a Empire cualquier sobrepago o pagos inapropiados del programa de Medicaid realizados a los Asistentes Personales Dirigidos por el Consumidor.

En el caso de que usted ya no sea autónomo, se designará a un representante designado para que asuma las responsabilidades anteriores de CDPAS. Este representante no puede actuar como su asistente personal de CDPAS. El representante designado debe estar presente para cualquier evaluación o visita programada por parte del asesor independiente, el profesional médico examinador o el plan de salud.

Si así lo desea, puede terminar el CDPAS y recibir servicios de Atención Personal a través de un proveedor de la red de Empire. Puede ser desafiliado del CDPAS de forma involuntaria si:

- La participación continua en el CDPAS no permitiría que se cumplan sus necesidades de salud, seguridad o bienestar.
- Demuestra incapacidad de realizar las tareas requeridas por el CDPAS.
- Hay evidencia de uso fraudulento de fondos de Medicaid en relación con su participación en el CDPAS, tal como un indicio de que los documentos del CDPAS hayan sido falsificados.

Empire revisará su elegibilidad continua para el CDPAS durante su reevaluación anual y proceso de actualización del plan de atención. Esto incluye la evaluación de si usted (o su representante designado) ha cumplido satisfactoriamente las responsabilidades del consumidor de acuerdo al Programa CDPAS. Si Empire determina que usted ya no es elegible para el CDPAS, Empire le enviará (o a su representante designado) una notificación oportuna y adecuada de nuestra intención de descontinuar su participación.

Cualquier restricción, reducción, suspensión o terminación de servicios del CDPAS autorizados o negación de cualquier solicitud para cambiar el estatus de participación en el CDPAS, se considera una determinación adversa de Empire. Esto significa que usted puede solicitar una audiencia imparcial o apelación externa sobre la determinación adversa final.

Directrices anticipadas

Tiene derecho a tomar sus propias decisiones de atención médica. Si se imposibilita debido a un accidente o enfermedad, aún puede tomar sus decisiones siempre que prepare directrices anticipadas. Las directrices anticipadas son documentos legales que garantizan que su pedidos se cumplan en el caso de que usted no pueda decidir por su cuenta.

Hay varios tipos de directrices anticipadas:

Poder de atención médica

La ejecución de este documento designa a una persona de confianza (un "poder") para que tome decisiones de atención médica en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo.

Orden de no resucitar

Tiene derecho a decidir si quiere un tratamiento de emergencia como Resucitación Cardiopulmonar (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR) en caso de que deje de respirar o su corazón se detenga. Si no quiere tal tratamiento, puede dar a conocer sus deseos por escrito a través de un formulario de orden de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR). Su Médico de Atención Primaria agregará una DNR a sus registros médicos a petición de usted. También, puede obtener una copia del formulario de DNR para llevar consigo o un brazalete de DNR que ayudará a garantizar que los proveedores de atención médica de emergencia estén conscientes de sus deseos.

Testamento vital

Un testamento vital le permite proporcionar instrucciones escritas específicas sobre sus deseos de decisiones de atención médica de estar incapacitado.

Tiene el derecho de definir cómo serán las directrices anticipadas y para determinar qué tipo(s) son las mejores para usted. Puede ejecutar alguna, todas o ninguna de las directrices anticipadas mencionadas anteriormente.

Para obtener más información con respecto a las directrices anticipadas, hable con su Gestor de Atención o su Médico de Atención Primaria. No es necesario consultar a un abogado para realizar una directriz anticipada, pero puede que quiera hacerlo debido a la importancia de estos documentos. Siempre podrá revisar o cancelar las directrices anticipadas en cualquier momento si cambia de opinión. Si ya tiene una directriz avanzada, envíe una copia de la misma a su Gestor de Atención.

Fraude y abuso

Empire se compromete a prevenir y detectar cualquier actividad de fraude o abuso por parte de miembros, proveedores, personal o terceros. Empire ha adoptado una política de "tolerancia cero" con respecto al fraude o abuso.

Si sabe o sospecha que alguien está haciendo mal uso de los programas Medicare o Medicaid a través de fraude, abuso o sobrepago, puede denunciarlo de las siguientes maneras:

1. Llame a la línea directa, anónima y gratuita para el cumplimiento de normas de Empire al
   833-480-0010.
2. Envíe un correo electrónico a: MLTCComplianceOfficer@empireblue.com
3. Escriba directamente al Departamento de Cumplimiento:

   Empire BlueCross BlueShield HealthPlus
   A la atención de: Departamento de Cumplimiento
   1981 Marcus Ave., Ste. 100
   Lake Success, NY 11042

El fraude o conducta inapropiada en relación al programa Medicare será denunciado ante la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, Office of the Inspector General, HHS-OIG). En caso de sospechar de fraude o conducta inapropiada en relación al Programa de Medicamentos con Receta de Medicare, Empire presentará una denuncia ante el Contratista para la Integridad de Medicamentos de Medicare (Medicare Drug Integrity Contractor, MEDIC). El fraude, desperdicio y abuso potenciales relacionados con Medicaid y otros programas financiados por el estado de New York serán denunciados ante el Departamento de Salud del estado de New York (New York State Department of Health, NYSDOH) y ante la Oficina del Inspector General de Medicaid (Office of the Medicaid Inspector General, OMIG).

Todas las denuncias que usted u otra persona en su nombre presenten serán tratadas confidencialmente.

Información que puede solicitar sobre la compañía

La siguiente información está disponible para usted a solicitud:

- Información sobre estructura y operaciones de Empire.
- Los criterios de revisión clínica relacionados con una afección de salud específica y otra información que Empire considere al autorizar los servicios.
- Procedimientos para proteger la confidencialidad de los registros médicos y otra información de la persona afiliada
- Descripción escrita de los acuerdos institucionales y procedimientos continuos de garantía de calidad y programa de mejoras
- políticas de acreditación de proveedores.
- Una copia reciente del estado financiero certificado de Empire.
- Políticas y procedimientos utilizados por Empire para determinar la elegibilidad de un proveedor

Si está interesado en obtener alguno de los documentos antes mencionados o más información, contacte a Servicios al Miembro al 855-661-0002 (TTY 711).

Declaración de no discriminación

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus ("Empire") cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en el acceso a la inscripción o la prestación de servicios por motivos de raza, identidad de género, incluida la condición de transgénero, credo, religión, discapacidad física o mental, incluyendo disforia de género, orientación sexual, fuente de pago, tipo de enfermedad o condición, necesidad de servicios de salud, lugar de origen o con respecto a la tasa de capitación que recibirá Empire.

Empire operará de conformidad con todas las leyes de no discriminación estatales y federales aplicables.

Empire proporciona lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para ayudarle a comunicarse con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas

e información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos), y

- Servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma primario no sea el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a Empire al 855-661-0002 (TTY 711)

Si cree que Empire no le proporcionó estos servicios o lo trató de forma distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante Empire por:

- Correo: Appeals and Grievances
  Empire BlueCross BlueShield HealthPlus
  1981 Marcus Ave., Ste. 100
  Lake Success, NY 11042
- Teléfono: 855-800-4683 (TTY 711) de lunes a viernes
  8 a.m. a 5 p.m. hora del este

También puede presentar una queja de derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, a través de:

- Internet: Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
- Correo: U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Ave., SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201
  800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
  Los formularios de quejas se encuentran disponibles en
  http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
- Teléfono: 800-368-1019 (TTY 800-537-7697)

Competencia cultural

En Empire BlueCross BlueShield HealthPlus, reconocemos varias comunidades étnicas y grupos lingüísticos a las que servimos, cada uno con sus propios rasgos culturales, necesidades lingüísticas, creencias, prácticas y prioridades espirituales y de salud. La diversidad de nuestra comunidad brinda oportunidades para que Empire pueda conectarse de manera efectiva con nuestra diversa población de miembros y brindar servicios que sean cultural y lingüísticamente apropiados y adaptados a las necesidades únicas de cada miembro.

Las estrategias clave para garantizar la prestación de servicios de una manera cultural y lingüísticamente competente para todos los miembros incluyen:

- Integración de la comprensión cultural y lingüística en las políticas de la organización
- Asegurar que el personal de Empire y nuestra red de proveedores estén en sintonía para satisfacer las diversas necesidades de nuestros miembros.
- Brindarles a nuestro personal y nuestros socios de salud capacitación y educación sobre la prestación de servicios cultural y lingüísticamente apropiados.
- Desarrollo de materiales educativos y de marketing cultural y lingüísticamente apropiados para cumplir con los niveles de alfabetización y el idioma de nuestros miembros
- Colaboración con socios comunitarios para abordar las disparidades de salud en toda nuestra área de servicio

Nuestro compromiso con la competencia cultural se alinea con nuestra misión de marcar la diferencia en las vidas de las personas a las que servimos y está arraigado en todo lo que hacemos. Este compromiso mantiene el enfoque sobre nuestros miembros y guía nuestros esfuerzos para garantizar que todos los miembros, independientemente de su país de origen, idioma, raza, etnia, origen cultural, discapacidades físicas, habilidades diferenciales, orientación sexual, identidad o expresión de género, sean atendidos de manera respetuosa y adecuada a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Para ayudar en la integración de los conocimientos, actitudes y habilidades que reflejan una organización culturalmente competente, Empire mantiene un Plan de Competencia Cultural y Lingüística (Cultural and Linguistic Competency Plan, CLCP), que refleja un enfoque integral, organizado y metódico de la planificación estratégica, desarrollo, implementación y evaluación de la competencia cultural y sirve como guía en el desarrollo continuo de un sistema de prestación de servicios culturalmente competente.

El programa utiliza los estándares nacionales de Servicios Cultural y Lingüísticamente Apropiados (Culturally and Linguistically Appropriate Services, CLAS), desarrollados por la Oficina de Salud de Minorías del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, como guía y referencia de los estándares. Empire ha adoptado los 15 Estándares Nacionales para Servicios Cultural y Lingüísticamente Apropiados en la atención médica para garantizar que todos los miembros que ingresan al sistema de salud reciban una atención igual, de calidad y eficaz.

Servicios de intérprete en varios idiomas

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 855-661-0002 (TTY 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 855-661-0002 (TTY 711).

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 855-661-0002 (TTY 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 117 TTY-(رقم هاتف الصم والبكم: 855-661-0002).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 855-661-0002 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 855-661-0002 (телетайп 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 855-661-0002 (TTY 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 855-661-0002 (ATS 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 855-661-0002 (TTY 711).

אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט (TTY 711) 855-661-0002.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 855-661-0002 (TTY 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 855-661-0002 (TTY 711).

লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 855-661-0002 (TTY 711)।

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 855-661-0002 (TTY 711).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 855-661-0002 (TTY 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں .(TTY 711) 855-661-0002

Notificación de Prácticas de Privacidad

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN CON RESPECTO A SUS BENEFICIOS DE SALUD. REVÍSELA DETENIDAMENTE.

La fecha de vigencia original de este aviso fue el 14 de abril de 2003. La fecha de revisión más reciente se muestra al final de este aviso.

Lea este aviso detenidamente. Esto le informa quién puede ver su información de salud protegida (protected health information, PHI). Le informa cuándo debemos pedir su aprobación antes de compartirla. Le informa cuándo podemos compartirla sin su autorización. También le informa qué derechos tiene con respecto a ver y cambiar su información.

La información sobre su salud y su dinero es privada. La ley dice que debemos mantener este tipo de información, llamada PHI, segura para nuestros miembros. Eso significa que si es miembro en este momento o si solía serlo, su información está segura.

Obtenemos información sobre usted de las agencias estatales de Medicaid, el Plan Essential y el Programa de seguro médico para niños después de que sea elegible y se inscriba en nuestro plan de salud. También lo obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales para que podamos aprobar y pagar su atención médica.

La ley federal dice que debemos decirle lo que la ley dice que debemos hacer para proteger la PHI que se nos informa, por escrito o guardada en una computadora. También debemos decirle cómo la mantenemos seguro. Para proteger la PHI:

- Impresa (llamada física), lo que hacemos es:
  - Cerrar nuestras oficinas y gabinetes/armarios con llave.
  - Destruir el papel con información de salud para que otros no puedan obtenerlo.
- Guardada en una computadora (llamada técnica), lo que hacemos es:
  - Usar contraseñas para que solo las personas adecuadas puedan ingresar.
  - Utilizar programas especiales para vigilar nuestros sistemas.

- Utilizada o compartida por personas que trabajan para nosotros, médicos o el estado, lo que hacemos es:
  - Establecer reglas para mantener segura la información (llamadas políticas y procedimientos).
  - Enseñar a las personas que trabajan para nosotros a respetar las reglas.

¿Cuándo está bien que usemos y compartamos su PHI?

Podemos compartir su PHI con su familia o con una persona que usted elija que ayude o pague por su atención médica si nos dice que está bien. A veces, podemos usarla y compartirla sin su consentimiento:

- **Para su atención médica**
  - Para ayudar a los médicos, hospitales y otros a brindarle la atención que necesita
- **Para pago, operaciones de atención médica y tratamiento**
  - Para compartir información con los médicos, clínicas y otros que nos facturan por su atención
  - Cuando decimos que pagaremos la atención médica o los servicios antes de que los reciba
  - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas, así como para dar su PHI a los intercambios de información de salud para el pago, las operaciones de atención médica y el tratamiento. Si no lo quiere, visite **empireblue.com/nymltc** para obtener más información.
- **Por razones comerciales de atención médica**
  - Para ayudar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y trabajo diario
  - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Por razones de salud pública**
  - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a evitar que las personas se enfermen o se lastimen
- **Con otras personas que ayudan o pagan por su atención**
  - Con su familia o una persona, usted elige quién ayuda o paga su atención médica, si es que usted nos dice que está bien
  - Con alguien que ayude o pague por su atención médica, si no puede hablar por sí mismo y es lo mejor para usted

Debemos obtener su aprobación por escrito antes de usar o compartir su PHI para todos, excepto para su atención, pago, negocios diarios, investigación u otras cosas que se enumeran a continuación. Debemos obtener su aprobación por escrito antes de compartir las notas de psicoterapia de su médico sobre usted.

Puede decirnos por escrito que desea retirar su aprobación por escrito. No podemos recuperar lo que usamos o compartimos cuando teníamos su autorización. Pero dejaremos de usar o compartir su PHI en el futuro.

Otras formas en que podemos, o la ley dice que debemos, usar su PHI:

- Para ayudar a la policía y otras personas que se aseguran de que otros cumplan las leyes
- Para reportar abuso y negligencia
- Para ayudar a la corte cuando se nos pida
- Para contestar documentos legales
- Para dar información a las agencias de supervisión de la salud para cosas como auditorías o exámenes
- Para ayudar a los médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias a averiguar su nombre y la causa de su muerte
- Para ayudar cuando ha pedido dar partes de su cuerpo a la ciencia
- Para investigación
- Para evitar que usted u otras personas se enfermen o se lastimen gravemente
- Para ayudar a las personas que trabajan para el gobierno con ciertos trabajos
- Brindar información a la Compensación a trabajadores si se enferma o se lesiona en el trabajo

¿Cuáles son sus derechos?

- Puede solicitar ver su PHI y obtener una copia. Sin embargo, no contamos con su registro médico completo. **Si desea una copia de su historial médico completo, solicítela a su médico o clínica de salud.**
- Puede pedirnos que modifiquemos el registro médico que tenemos por usted si cree que algo está mal o falta.

- A veces, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Pero no tenemos que estar de acuerdo con su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos su PHI a una dirección diferente a la que tenemos suya o de alguna otra manera. Podemos hacer esto si enviarlo a la dirección que tenemos suya puede ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos todas las veces durante los últimos seis años que hemos compartido su PHI con otra persona. Esto no incluirá las veces que lo compartimos debido a atención médica, pago, negocios de atención médica cotidianos u otras razones que no enumeramos aquí.
- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si la solicitó por correo electrónico.
- Si paga la factura completa de un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta con nosotros la información sobre ese servicio.

¿Qué tenemos que hacer?

- La ley dice que debemos mantener la confidencialidad de su PHI, excepto como se indica en este aviso.
- Debemos informarle lo que la ley dice que tenemos que hacer con respecto a la privacidad.
- Debemos hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- Si lo solicita, debemos enviar su PHI a alguna otra dirección o de una manera que no sea el correo regular por razones que tengan sentido, como en el caso de si usted estuviera en peligro.
- Debemos informarle si debemos compartir su PHI después de que nos haya pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes estatales dicen que debemos hacer más de lo que hemos dicho aquí, cumpliremos esas leyes.
- Debemos informarle si creemos que se ha violado su PHI.

Comunicarse con usted

Nosotros, junto con nuestros afiliados y/o proveedores, podemos llamarlo o enviarle un mensaje de texto utilizando un sistema de marcación telefónica automática y/o una voz artificial. Solo hacemos esto de acuerdo con la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (Telephone Consumer Protection Act, TCPA). Las llamadas pueden ser para informarle sobre opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no desea que lo contactemos por teléfono, simplemente infórmele a la persona que llama y no lo contactaremos más de esta manera. O puede llamar al 844-203-3796 para agregar su número de teléfono a nuestra lista No llamar.

¿Qué pasa si tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre nuestras reglas de privacidad o desea ejercer sus derechos, llame a Servicios al Miembro al 855-661-0002 (TTY 711).

¿Qué pasa si tiene una queja?

Estamos aquí para ayudar. Si cree que su PHI no se ha mantenido segura, puede llamar a Servicios al Miembro o comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No le pasará nada malo si se queja.

Escriba o llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Jacob Javits Federal Building
26 Federal Plaza, Ste. 3312
New York, NY 10278
Teléfono: 800-368-1019
TDD: 800-537-7697
Fax: 212-264-3039

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso de la Ley de Responsabilidad y. Portabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y las formas en que mantenemos segura su PHI. Si eso sucede, le informaremos sobre los cambios en un boletín informativo. También los publicamos en Internet en **empireblue.com/nymltc.**

Raza, etnia e idioma

Recibimos información sobre su raza, etnia e idioma de la agencia estatal de Medicaid, el Plan Essential y el Programa de Seguro Médico para Niños. Protegemos esta información como se describe en este aviso.

Usamos esta información para:

- Asegurarnos de que usted obtenga la atención que necesita.
- Crear programas para mejorar los resultados de salud.
- Desarrollar y enviar información de educación para la salud.
- Informar a los médicos acerca de sus necesidades lingüísticas.
- Proporcionar servicios de traducción.

No usamos esta información para:

- Emitir un seguro de salud.
- Decidir cuánto cobrar por los servicios.
- Determinar beneficios.
- Divulgar a usuarios no aprobados.

Su información personal

Podemos solicitar, usar y compartir información personal (Personal Information, PI) como mencionamos en este aviso. Su PI no es pública y nos dice quién es usted. A menudo se obtiene por razones de seguro.

- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre su:
  - Salud
  - Hábitos
  - Pasatiempos

- Podemos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos como:
  - Médicos
  - Hospitales
  - Otras compañías de seguro
- Podemos compartir PI con personas o grupos fuera de nuestra empresa sin su aprobación en algunos casos.
- Antes de hacer algo, le informaremos si debemos darle la oportunidad de decir que no.
- Le diremos cómo comunicárnoslo si no desea que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y modificar su PI.
- Nos aseguraremos que se conserve la seguridad de su PI.

empireblue.com/nymltc

Servicios proporcionados por HealthPlus HP, LLC, licenciatario de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

Revisado el 9 de agosto de 2022

INFORMACIÓN DE CONTACTO IMPORTANTE

Para emergencias médicas, llame al 911

Plan MLTC de Empire Blue Cross Blue Shield

Servicio de TTY/TDD	**711**
Servicios al Miembro	**855-661-0002**
Apelaciones y reclamos	**855-800-4683**

Superior Vision (servicios oftalmológicos)

Servicios al Miembro de Superior Vision	**800-428-8789**
TTY de Servicios al Miembro de Superior Vision	**711**

Liberty Dental Plan (servicios odontológicos)

Servicios al Miembro de Liberty Dental Plan	**833-276-0847**
TTY de Servicios al Miembro de Liberty Dental Plan	**711**

ModivCare (servicios de transporte)

Servicio de Atención al Cliente de ModivCare	**877-831-3146**
Línea "Dónde está mi transporte"	**877-831-3147**
Servicio TTY	**866-288-3133**

Podiatry Exam Network Solutions (Servicios de podología)

Podiatry Exam Network Solutions Services	**800-272-5784**

Otros recursos

Línea directa de quejas de atención gestionada a largo plazo del estado de New York	**866-712-7197**
Sección de Audiencias Imparciales del estado de New York, Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Discapacitados del estado de New York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance, NYS OTDA)	**800-342-3334**
Departamento de Servicios Financieros, Apelaciones Externas del estado	**800-400-8882**

MBRHB_SPA_v5_9_2022

1-855-661-0002 (TTY 711)

empireblue.com/nymltc

Empire BlueCross BlueShield

An Anthem Company

Servicios proporcionados por HealthPlus HP, LLC, licenciatario de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.