



**LAS SIGUIENTES SECCIONES DE TU MANUAL DEL MIEMBRO SE HAN MODIFICADO PARA QUEDAR DE LA SIGUIENTE MANERA**

**CÓMO OBTENER ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y DERIVACIONES**

- Si necesitas atención especializada que tu PCP no puede brindarte, él o ella te DERIVARÁ a un especialista que pueda hacerlo. Si tu PCP te deriva a otro médico, pagaremos tu atención. La mayoría de estos especialistas son proveedores de **Amida Care**. Habla con tu PCP para asegurarte de que entiendes cómo funcionan las derivaciones.
- Si crees que un especialista no satisface tus necesidades, habla con tu PCP. Tu PCP puede ayudarte si necesitas consultar a un especialista diferente.
- Existen algunos tratamientos y servicios para los que tu PCP tienen que solicitar la aprobación de **Amida Care** antes de que puedas obtenerlos. Tu PCP podrá decirte cuáles son.
- Si tienes problemas para conseguir una derivación que crees que necesitas, comunícate con Servicios al Miembro al **1-800-556-0689**.
- Si no tenemos un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarte la atención que necesitas, conseguiremos la atención con un especialista fuera de nuestro plan. Esto se llama una **derivación fuera de la red**. Tu PCP o tu proveedor del plan deben solicitar la aprobación de **Amida Care** antes de que puedas obtener una derivación fuera de la red. Si tú, tu PCP o tu proveedor del plan te derivan a un proveedor que no esté en nuestra red, no serás responsable de ninguno de los costos, excepto por los copagos que se describen en este manual.
- **Tu PCP debe comunicarse con el Departamento de Gestión de la Utilización para solicitar autorización para una derivación fuera de la red. El Departamento de Gestión de la Utilización notifica por escrito al PCP, al proveedor no participante y a ti sobre la decisión respecto a la autorización dentro de un plazo de tres (3) días hábiles de la recepción de todos los materiales necesarios para hacer una determinación, y no más de 14 días después de la solicitud de autorización del servicio.**
  - En ocasiones podríamos no aprobar una derivación fuera de la red porque tenemos un proveedor de **Amida Care** que puede atenderte. Si crees que nuestro proveedor del plan no tiene la capacidad o experiencia correctas para tratarte, puedes pedirnos que verifiquemos si tu derivación para atención fuera de la red es

necesaria por motivos médicos. Tendrás que solicitar una **apelación al plan**. Para averiguar cómo, consulta la página 40.

- En ocasiones podríamos no aprobar una derivación fuera de la red para un tratamiento específico debido a que solicitaste un tipo de atención que no es muy diferente del que puedes obtener con el proveedor de **Amida Care**. Puedes pedirnos que verifiquemos si tu derivación para atención fuera de la red para el tratamiento que deseas es necesaria por motivos médicos. Tendrás que solicitar una apelación al plan. Para averiguar cómo, consulta la página 40.
- **No existen limitaciones en el acceso a la red completa de proveedores aprobados, excepto por el proceso de derivación estándar.**
- Si necesitas consultar a un especialista para atención continua, es posible que tu PCP pueda derivarte para una cantidad específica de visitas o un período específico (una **derivación permanente**). Si tienes una derivación permanente, no necesitarás una derivación nueva cada vez que necesites atención.
- *Si tienes una enfermedad a largo plazo o una enfermedad incapacitante que empeore con el tiempo*, tu PCP podría hacer arreglos para:
  - que tu especialista funja como tu PCP; o
  - una derivación a un centro de atención especializado que se dedique al tratamiento de tu enfermedad.También puedes llamar a Servicios al Miembro para obtener ayuda para conseguir acceso a un centro de atención especializada.

## **Autorización de servicio**

### **Autorización previa:**

Hay algunos tratamientos y servicios para los que necesitas obtener aprobación antes de recibirlos o para continuar recibiendo. Esto se llama **autorización previa**. Tú o alguien de tu confianza pueden solicitarla. Es necesario recibir aprobación para los siguientes tratamientos y servicios antes de recibirlos:

- **Atención médica diurna para adultos con SIDA (por sus siglas en inglés, "AADHC")**
- **Cirugía ambulatoria (paciente externo)**
- **Amniocentesis**
- **Servicios de anestesia - manejo del dolor**
- **Cirugía bariátrica**
- **Centros de maternidad - autónomos**
- **Cateterismo cardíaco**
- **Rehabilitación cardíaca (paciente externo)**

- Ciertos medicamentos recetados y de venta libre, suministros médicos y fórmula enteral - ver formulario de medicamentos
- Quimioterapia - paciente hospitalizado
- Lentes de contacto necesarios por motivos médicos
- Control continuo de glucosa
- Tratamiento diurno constante - Servicios de salud del comportamiento
- Continuidad de la atención - miembro nuevo con un proveedor no participante
- Continuidad de atención - su proveedor dejó la red
- Servicios ordenados por el tribunal
- Rellenos dérmicos
- Suministros para diabéticos - no preferentes
- Diálisis (paciente externo)
- Terapia de observación directa (por sus siglas en inglés, "DOT")
- Equipo médico duradero (artículos de \$500 o más)
- Procedimientos experimentales o en investigación
- Reasignación de género
- Hormona del crecimiento (administrada en el consultorio del médico)
- Aparatos auditivos
- Implantes auditivos
- Servicios basados en el hogar y la comunidad (por sus siglas en inglés, "HCBS") Servicio de salud del comportamiento sólo para miembros elegibles para HARP
- Entrega de comidas a domicilio
- Servicios de atención médica a domicilio (enfermería especializada, asistente de salud en el hogar, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, trabajo social)
- Cuidado de la salud a domicilio temporal SIN necesidad de enfermería especializada
- Cuidado de la salud a domicilio: Telesalud
- Cuidado de hospicio / terminal / curativo / paliativo
- Hospitalizaciones - electivas
- Hospitalizaciones - Salud mental de pacientes internados - Servicio de salud del comportamiento
- Nivel de atención alternativo (por sus siglas en inglés, "ALC") en el hospital
- Histerectomía - electiva
- Hospitalización
- Bomba de insulina
- Programa intensivo para pacientes externos de salud mental - Servicio de salud del comportamiento
- Terapia de infusión intravenosa (IV) - a domicilio
- Medicamentos administrados en la oficina o consultorio de un proveedor
- Procedimientos quirúrgicos múltiples
- Prueba Oncotype DX para cáncer de mama

- Cirugía bucal
- Zapatos ortopédicos / calzado recetado y ortopedia personalizada
- Programa hospitalario parcial (PHP) - Servicios de salud del comportamiento
- Servicios de cuidado personal (por sus siglas en inglés, "PCS")
- Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (por sus siglas en inglés, "PERS")
- Servicios orientados a la recuperación personal (por sus siglas en inglés, "PORS") - Servicios de salud del comportamiento
- Estudios PET
- Cirugía plástica y reconstructiva (necesaria por motivos médicos - no cosmética)
- Prueba prenatal del portador (síndrome X frágil, atrofia muscular espinal, trisomía 21, 18 y 13)
- Enfermería privada
- Dispositivos protésicos
- Rehabilitación - hospitalización
- Rehabilitación - paciente externo
- Institución residencial de cuidado de la salud (corto y largo plazo, casa de reposo, institución de enfermería especializada)
- Servicios provistos por proveedores no participantes
- Estudio de apnea del sueño
- Especialista como PCP
- Trasplantes
- Terapias - ocupacional, física, del habla para paciente externo
- Terapia de vacío para heridas - pacientes hospitalizados y externos

Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se conoce como una **solicitud de autorización de servicio**. Para obtener la aprobación para estos tratamientos o servicios **tu médico puede llamar a nuestra línea sin costo de Gestión de la Utilización de Amida Care para servicios médicos al 1-888-364-6061, o enviar la solicitud por fax al 855-663-6480.**

También necesitarás obtener autorización previa si ya recibes uno de estos servicios y necesitas continuar recibiéndolo, o recibirlo en mayor medida. Esto se llama **revisión concurrente**.

### **Qué ocurre después de que recibimos tu solicitud de autorización de servicio:**

El plan de salud tiene un equipo de revisión que se asegura de que recibas los servicios que prometemos. Revisamos que el servicio que estás solicitando esté cubierto por tu plan de salud. El equipo de revisión incluye a médicos y enfermeros. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que solicitaste es necesario por motivos médicos y que es el correcto para ti. Para ello, comparan tu plan de tratamiento con estándares médicamente aceptables.

Podemos decidir denegar una autorización de servicio o aprobarla por un monto menor al solicitado. Estas decisiones serán tomadas por un profesional calificado del cuidado de la salud. Si decidimos que el servicio solicitado no es necesario por motivos médicos, la decisión será tomada por un revisor clínico calificado, que puede ser un médico o un profesional del cuidado de la salud que normalmente provee el servicio que solicitaste. Puedes solicitar los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica**, que usamos para tomar decisiones sobre lo que es necesario por motivos médicos.

Después de recibir tu solicitud la revisaremos usando un proceso **estándar** o **acelerado**. Tú o tu médico pueden solicitar una revisión acelerada si creen que una demora causará daños serios a tu salud. Si tu solicitud de una revisión acelerada es denegada, te lo informaremos y tramitaremos tu caso usando el proceso de revisión estándar.

Aceleraremos tu revisión si:

- Una demora causaría un riesgo serio para tu salud, tu vida o tu capacidad de funcionamiento;
- Tu proveedor dice que la revisión debe ser más rápida;
- Estás pidiendo una mayor cantidad de un servicio que ya recibes;

En todos los casos revisaremos tu solicitud tan rápido como tu trastorno médico lo requiera, y nunca demoraremos más de lo que se menciona a continuación.

Les diremos a ti y a tu proveedor, tanto por teléfono como por escrito, si tu solicitud es aprobada o denegada. También les diremos el motivo de la decisión. Les explicaremos qué opciones de apelación y audiencia imparcial tienen en caso de que no estén de acuerdo con nuestra decisión. (Ver también las secciones de Apelaciones al plan y Audiencias imparciales más adelante en este manual).

#### **Plazos para solicitudes de autorización previa:**

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión acerca de tu solicitud dentro de un plazo de 3 días hábiles de que recibamos toda la información que necesitamos, pero te responderemos a más tardar 14 días después de que recibamos tu solicitud. A más tardar, el día 14 te informaremos si necesitamos más información.
- **Revisión acelerada:** Tomaremos una decisión y te responderemos dentro de un plazo de 72 horas. A más tardar en 72 horas te informaremos si necesitamos más información.

#### **Plazos para solicitudes de revisión concurrentes:**

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión dentro de un plazo de 1 día hábil de que recibamos toda la información que necesitamos, pero te responderemos a más

tardar 14 días después de que recibamos tu solicitud. A más tardar, el día 14 te informaremos si necesitamos más información.

- **Revisión acelerada:** Tomaremos una decisión dentro de un plazo de 1 día hábil de que recibamos toda la información que necesitamos. Te responderemos a más tardar 72 horas después de que recibamos tu solicitud. Te avisaremos en menos de 1 día hábil si necesitamos más información.

**Plazos especiales para otras solicitudes:**

- Si estás en el hospital o si acabas de salir del hospital y solicitas servicios de cuidado de la salud a domicilio, tomaremos una decisión en menos de 72 horas de tu solicitud.
- Si recibes tratamiento para un trastorno de consumo de sustancias como paciente interno, y solicitas más servicios por lo menos 24 horas antes de que esté programada tu alta, tomaremos una decisión en menos de 24 horas de tu solicitud.
- Si solicitas servicios de salud mental o para un trastorno de consumo de sustancias que puedan estar relacionados con una audiencia ante el tribunal, tomaremos una decisión en menos de 72 horas de tu solicitud.
- Si solicitas un medicamento recetado como paciente externo, tomaremos una decisión en menos de 24 horas de tu solicitud.
- Un protocolo de terapia escalonada significa que te pediremos que pruebes primero otro medicamento, antes de aprobar el que solicitas. Si solicitas una aprobación para omitir un protocolo de terapia escalonada, tomaremos una decisión dentro de un plazo de 24 horas para medicamentos recetados para pacientes externos. Para otros medicamentos, tomaremos una decisión dentro de un plazo de 14 días de tu solicitud.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada sobre tu solicitud de servicio:

- Te escribiremos para informarte qué información necesitamos. Si tu solicitud está en revisión acelerada, te llamaremos de inmediato y te enviaremos un aviso por escrito más adelante.
- Te diremos por qué la demora es por tu bien.
- Tomaremos una decisión a más tardar 14 días después del día en que solicitamos más información.

Tú, tu proveedor o alguien de tu confianza también pueden solicitar que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto podría ser porque tienes más información que darle al plan para ayudarle a decidir tu caso. Puedes hacerlo llamando al **1-888-364-6061** o escribiendo a:

**Amida Care**  
**2170 W. State Road 434 – Suite 450**  
**Longwood, FL 32779**

Tú o tu representante pueden presentar una queja ante el plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar tu solicitud. Tú o alguien de tu confianza también pueden presentar una queja acerca del tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de New York llamando al 1-800-206-8125.

Te notificaremos a más tardar en la fecha en que venza nuestro tiempo de revisión. Pero si por algún motivo no has tenido noticias nuestras para entonces, es lo mismo que si hubiéramos denegado tu solicitud de autorización de servicio. Si no respondemos a una solicitud para omitir un protocolo de terapia escalonada antes del plazo límite, tu solicitud será aprobada.

Si crees que nuestra decisión de denegar tu solicitud de autorización de servicio está equivocada, tienes el derecho de presentar una apelación al plan con nosotros. Consulta la sección de Apelaciones al plan más adelante en este manual.

### **Otras decisiones sobre tu atención:**

En ocasiones haremos una revisión concurrente de la atención que estás recibiendo para ver si aún la necesitas. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya has recibido. Esto se llama **revisión retrospectiva**. Te diremos si tomamos alguna de estas decisiones.

### **Plazos para otras decisiones sobre tu atención:**

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o cancelar un servicio que ya hemos aprobado y que estás recibiendo, tenemos que avisarte al menos 10 días antes de modificar el servicio.
- Debemos decirte al menos 10 días antes de tomar cualquier decisión acerca de los servicios y apoyos a largo plazo, como el cuidado de la salud a domicilio, cuidado personal, CDPAS, atención médica diurna para adultos y atención en casa de reposo.
- Si estamos revisando atención que se ha brindado en el pasado, tomaremos una decisión sobre si la pagaremos dentro de un plazo de 30 días de que recibamos toda la información que necesitamos para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago de un servicio, les avisaremos a ti y a tu proveedor el día que el pago sea denegado. Estos avisos no son facturas. **No tendrás que pagar por ninguna atención que hayas recibido y que fuera cubierta por el plan o por Medicaid, incluso si después denegamos el pago al proveedor.**

### **Apelaciones al plan**

Hay algunos tratamientos y servicios para los que necesitas obtener aprobación antes de recibirlos o para continuar recibéndolos. Esto se llama **autorización previa**. Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se conoce como una **solicitud de autorización de servicio**. Este proceso se describió en una sección previa de este manual. El aviso de nuestra decisión de denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto menor al solicitado se llama una **determinación inicial adversa**.

Si no estás satisfecho con nuestra decisión sobre tu atención, hay pasos que puedes seguir.

### **Tu proveedor puede solicitar una reconsideración:**

Si tomamos la decisión de que tu solicitud de autorización de servicio no era necesaria por motivos médicos o era experimental o de investigación, y si no hablamos con tú médico sobre ello, tu médico puede solicitar hablar con el director médico del plan. El director médico hablará con tu médico dentro de un plazo de un día hábil.

### **Puedes presentar una apelación al plan:**

Si crees que nuestra decisión acerca de tu solicitud de autorización de servicio está equivocada, puedes pedirnos que volvamos a examinar tu caso. Esto se llama una **apelación al plan**.

- Tienes **60 días calendario** a partir de la fecha del aviso de determinación inicial adversa para solicitar una apelación al plan.
- Puedes llamar a Servicios al Miembro al **1-800-556-0689** si necesitas ayuda para solicitar una apelación al plan, o para seguir los pasos del proceso de apelación. Podemos ayudar si tienes necesidades especiales tales como un impedimento del oído o de la vista, o si necesitas servicios de traducción.
- Puedes solicitar una apelación al plan, o puedes pedirle a alguien más, como un familiar, amigo, médico o abogado, que lo haga por ti. Tú y esa persona tendrán que firmar y fechar una declaración que establezca que quieres que esa persona te represente.
- No te trataremos de manera diferente ni negativa porque solicites una apelación al plan.

### **Ayuda para continuar mientras apelas una decisión sobre tu atención:**

Si decidimos reducir, suspender o cancelar servicios que ya recibes, es posible que puedas seguir recibiendo los servicios mientras esperas a que se decida tu apelación al plan. **Debes solicitar tu apelación al plan:**

- **Dentro de un plazo de diez días de que te informen que tu atención va a cambiar; o**
- **A más tardar en la fecha en la que están programados tus servicios, lo que ocurra después.**

Si tu apelación al plan tiene como resultado otra denegación, es posible que tengas que pagar el costo de todos los beneficios continuos que hayas recibido.

Puedes llamar al: **1-888-364-6061** o escribir a: **2170 W. State Road 434, Suite 450, Longwood, FL 32779** para solicitar una apelación al plan. Cuando solicites una apelación al plan, o poco después, tendrás que proporcionarnos:

- Tu nombre y dirección
- Número de afiliado



- El servicio que solicitaste y el motivo de tu apelación
- Toda la información que quieras que revisemos, como registros médicos, cartas de médicos y cualquier otra información que expliqué por qué necesitas el servicio.
- Toda la información específica que dijimos que necesitábamos en el aviso de determinación inicial adversa.
- Para ayudarte a prepararte para tu apelación al plan, puedes solicitar ver las directrices, los registros médicos y otros documentos que utilizamos para tomar la determinación inicial adversa. Si tu apelación al plan es acelerada, puedes tener poco tiempo para entregar la información que quieres que revisemos. Puedes solicitar ver estos documentos o solicitar una copia gratuita llamando al **1-800-556-0689**.

Proporcionanos tu información y tus materiales por teléfono, fax, correo electrónico, correo, internet o en persona:

Teléfono.....**1-800-556-0689**  
 Fax.....**(646) 786-1837**  
 Correo electrónico.....**member-services@amidacareny.org**  
 Correo.....**14 Penn Plaza, 2<sup>nd</sup> Fl New York, NY 10122**  
 Internet.....**www.amidacareny.org**  
 En persona.....**234 W 35<sup>th</sup> St. New York, NY 10001**

Si solicitas una apelación al plan por teléfono, y a menos que sea acelerada, también debes enviarnos tu apelación al plan por escrito. [Opcional: Después de tu llamada te enviaremos un formulario que es un resumen de tu apelación al plan por teléfono. Si estás de acuerdo con nuestro resumen, debes firmarlo y enviarnos el formulario de regreso. Puedes hacer los cambios necesarios antes de enviarnos el formulario de regreso.]

Si estás solicitando un servicio o proveedor fuera de la red:

- Si dijimos que el servicio que solicitaste no es muy diferente de un servicio disponible con un proveedor participante, puedes solicitarnos que revisemos si este servicio es necesario por motivos médicos para ti. Tendrás que solicitar a tu médico que envíe esta información con tu apelación al plan:
  - 1) una declaración por escrito de tu médico que establezca que el servicio fuera de la red es muy diferente al servicio que el plan puede proporcionar con un proveedor participante. Tu médico debe ser un especialista certificado por consejo, o elegible para consejo, que dé tratamiento a personas que necesitan el servicio que estás solicitando.
  - 2) dos documentos médicos o científicos que prueben que el servicio que estás solicitando te es más útil y no te causará más daño que el servicio que el plan puede brindar con un proveedor participante.
- si crees que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación o experiencia correctas para proporcionar un servicio, puedes pedirnos que verifiquemos si es necesario

por motivos médicos que te derivemos a un proveedor fuera de la red. Tendrás que pedir a tu médico que envíe esta información con tu apelación:

- 1) Una declaración que establezca que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación o experiencia correctas para satisfacer tus necesidades, y
- 2) que recomienda un proveedor fuera de la red con la capacitación y experiencia correctas que puede proporcionar el servicio.

Tu médico debe ser un especialista certificado por consejo, o elegible para consejo, que dé tratamiento a personas que necesitan el servicio que estás solicitando. Si tu médico no envía esta información, aún revisaremos tu apelación al plan. Sin embargo, quizá no seas elegible para una apelación externa. Consulta la sección de Apelaciones externas más adelante en este manual.

### **Qué ocurre después de que recibimos tu apelación al plan:**

- Dentro de un plazo de 15 días te enviaremos una carta para avisarte de que estamos trabajando en tu apelación al plan.
- Te enviaremos una copia gratuita de los registros médicos y de toda la demás información que utilizaremos para tomar la decisión sobre la apelación. Si tu apelación al plan es acelerada, podemos tener poco tiempo para revisar esta información.
- También puedes proporcionar información para que la usemos para tomar la decisión, ya sea en persona o por escrito. Llama a **Amida Care al 1-800-556-0689** si no estás seguro de qué información darnos.
- Las apelaciones al plan sobre asuntos clínicos serán decididas por profesionales calificados del cuidado de la salud que no tomaron la decisión original, y al menos uno de los cuales será un revisor clínico.
- Las decisiones no clínicas serán manejadas por personas que trabajan a un nivel más alto que las personas que trabajaron en la decisión original.
- Se te dirán las razones de nuestra decisión y nuestra justificación clínica, si procede. El aviso de la decisión de la apelación del plan de denegar tu solicitud o de aprobarla por un monto menor al solicitado se llama una **determinación definitiva adversa**.
- **Si crees que nuestra determinación definitiva adversa está equivocada:**
  - puedes solicitar una audiencia imparcial. Consulta la sección de Audiencias imparciales de este manual.
  - para algunas decisiones, puedes solicitar una apelación externa. Consulta la sección de Apelaciones externas de este manual.
  - puedes presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de New York al 1-800-206-8125.

### **Plazos para apelaciones al plan:**

- **Apelaciones al plan estándar:** Si tenemos toda la información que necesitamos, te diremos nuestra decisión dentro de un plazo de 30 días calendario de tu solicitud de apelación al plan.

- **Apelaciones al plan aceleradas:** Si tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones sobre las apelaciones al plan aceleradas se tomarán en 2 días hábiles después de tu apelación al plan, y no más de 72 horas de cuando pediste tu apelación al plan.
  - A más tardar en 72 horas te informaremos si necesitamos más información.
  - Si tu solicitud fue denegada cuando solicitaste más tratamiento para un trastorno de consumo de sustancias como paciente interno por lo menos 24 horas antes de que estuviera programada tu salida del hospital, tomaremos una decisión sobre tu apelación en menos de 24 horas.
  - Te diremos nuestra decisión por teléfono y te enviaremos un aviso escrito más adelante.

**Tu apelación al plan será revisada mediante el proceso acelerado si:**

- Si tú o tu médico solicitan que tu apelación al plan sea revisada mediante el proceso acelerado. Tu médico tendría que explicar por qué una demora sería nociva para tu salud. Si tu solicitud de revisión acelerada es denegada, te lo informaremos y se revisará tu apelación al plan usando el proceso estándar; o
- Si tu solicitud fue denegada cuando solicitaste continuar recibiendo atención que ya estás recibiendo, o si necesitas extender un servicio que se ha proporcionado; o
- Si tu solicitud fue denegada cuando solicitaste cuidado de la salud a domicilio después de que estuviste en el hospital; o
- Si tu solicitud fue denegada cuando solicitaste más tratamiento para un trastorno de consumo de sustancias como paciente interno por lo menos 24 horas antes de que estuviera programada tu salida del hospital.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada sobre tu apelación al plan:

- Te escribiremos para informarte qué información necesitamos. Si tu solicitud está en revisión acelerada, te llamaremos de inmediato y te enviaremos un aviso por escrito más adelante.
- Te diremos por qué la demora es por tu bien;
- Tomaremos una decisión a más tardar 14 días después del día en que solicitamos más información.

Tú o tu representante también pueden solicitar que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto podría ser porque tienes más información que darle al plan para ayudarlo a decidir tu caso. Puedes hacerlo llamando al **1-800-556-0689** o por escrito.

Tú o tu representante pueden presentar una queja ante el plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar tu apelación al plan. Tú o alguien de tu confianza también pueden presentar una queja acerca del tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de New York llamando al 1-800-206-8125.

Si no recibes una respuesta a tu apelación al plan o si no decidimos a tiempo, incluyendo las prórrogas, puedes solicitar una audiencia imparcial. Consulta la sección de Audiencias imparciales de este manual.

Si no tomamos una decisión sobre tu apelación al plan a tiempo, y dijimos que el servicio que estás solicitando:

1) no es necesario por motivos médicos; 2) es experimental o de investigación; 3) no es diferente de la atención que puedes obtener en la red del plan; y 4) está disponible con un proveedor participante que tiene la capacitación y experiencia correctas para satisfacer tus necesidades, la denegación original se revertirá. Esto significa que tu solicitud de autorización de servicio será aprobada.

### **Apelaciones externas**

Tienes otros derechos de apelación si dijimos que el servicio que estás solicitando:

- 1) no es necesario por motivos médicos;
- 2) es experimental o de investigación;
- 3) no es diferente de la atención que puedes obtener en la red del plan; o
- 4) está disponible con un proveedor participante que tiene la capacitación y experiencia correctas para satisfacer tus necesidades.

Para estos tipos de decisiones, puedes solicitar al Estado de New York una **apelación externa** independiente. Esta se conoce como apelación externa porque es decidida por revisores que no trabajan para el plan de salud ni para el estado. Estos revisores son personas calificadas y aprobadas por el Estado de New York. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental, ensayo clínico o tratamiento para una enfermedad poco común. No tienes que pagar por una apelación externa.

Antes de solicitar una apelación externa:

- Debes presentar una apelación al plan y obtener la determinación definitiva adversa del plan; **o**
- Si no has recibido el servicio y solicitas una apelación al plan acelerada, puedes solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo. Tu médico tendrá que afirmar que una apelación externa acelerada es necesaria; **o**
- Tú y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelación al plan e ir directamente a la apelación externa; **o**
- Puedes probar que el plan no siguió las reglas correctamente cuando procesó tu apelación al plan.

Tienes **4 meses** después de recibir la determinación definitiva adversa del plan para solicitar una apelación externa. Si tú y el plan acuerdan omitir el proceso de apelación al plan, debes solicitar una apelación externa dentro de un plazo de 4 meses de haber llegado a ese acuerdo.

Para solicitar una apelación externa, llena una solicitud y envíala al Departamento de Servicios Financieros. Puedes llamar a Servicios al Miembro al **1-800-556-0689** si necesitas ayuda para presentar una apelación. Tú y tus médicos tendrán que proporcionar información acerca de tu problema médico. La solicitud de apelación externa dice qué información se necesitará.

Estas son algunas maneras de conseguir una solicitud:

- Llama al Departamento de Servicios Financieros, 1-800-400-8882
- Visita el sitio de internet del Departamento de Servicios Financieros en [www.dfs.ny.gov](http://www.dfs.ny.gov).
- Llama al plan de salud al **1-800-556-0689**

Tu apelación externa se decidirá en 30 días. Podría necesitarse más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de la apelación externa solicita más información. Se les informará a ti y al plan de la decisión definitiva dentro de un plazo de dos días de que se tome la decisión.

Puedes recibir una decisión más rápida si:

- Tu médico dice que una demora causará daños serios a tu salud; o
- Estás en el hospital después de una visita a la sala de emergencia y el hospital deniega la atención hospitalaria.

Esto se llama una **apelación externa acelerada**. El revisor de la apelación externa decidirá una apelación acelerada en 72 horas o menos.

Si pediste un tratamiento para un trastorno de consumo de sustancias como paciente interno por lo menos 24 horas antes de que estuviera programada tu salida del hospital, si:

- solicitas una apelación al plan acelerada en menos de 24 horas, Y
- solicitas una apelación externa acelerada al mismo tiempo.

Seguiremos pagando tu estadía hasta que se tome una decisión sobre tus apelaciones.

Tomaremos una decisión sobre tu apelación al plan acelerada en 24 horas. La apelación externa acelerada se decidirá en 72 horas.

El revisor de la apelación externa les dirá a ti y al plan la decisión de inmediato, por teléfono o por fax. Después, se te enviará una carta para informarte la decisión.

Si solicitas una apelación al plan y recibes una determinación definitiva adversa que deniega, reduce, suspende o cancela tu servicio, puedes solicitar una audiencia imparcial. Puedes solicitar una audiencia imparcial o solicitar una apelación externa, o ambas. Si solicitas tanto una audiencia imparcial como una apelación externa, la decisión del funcionario de la audiencia imparcial será la que prevalezca.

### **Audiencias imparciales**

Puedes solicitar una audiencia imparcial al Estado de New York si:

- Si no estás satisfecho con una decisión del Departamento de Servicios Sociales de tu localidad o del Departamento de Salud del Estado que se tomó sobre su permanencia y su salida de **Amida Care**.
- No estás satisfecho con una decisión que tomamos de restringir tus servicios. Sientes que la decisión limita tus beneficios de Medicaid. Tienes 60 días calendario a partir de la fecha del aviso de intención de restringir para solicitar una audiencia imparcial. Si solicitas una audiencia imparcial dentro de un plazo de 10 días del aviso de intención de restringir, o a más tardar en la fecha de entrada en vigor de la restricción, lo que ocurra después, puedes seguir recibiendo tus servicios hasta la decisión de la audiencia imparcial. No obstante, si pierdes tu audiencia imparcial, puede que tengas que pagar el costo de los servicios que hayas recibido mientras esperabas la decisión.
- No estás satisfecho con una decisión de que tu médico no ordenaría los servicios que querías. Sientes que la decisión del médico cancela o limita tus beneficios de Medicaid. Debes presentar una queja antes **Amida Care**. Si **Amida Care** está de acuerdo con tu médico, puedes solicitar una apelación al plan. Si recibes una determinación definitiva adversa, tendrás 120 días calendario desde la fecha de la determinación definitiva adversa para solicitar una audiencia imparcial al estado.
- No estás satisfecho con una decisión que tomamos sobre tu atención. Sientes que la decisión limita tus beneficios de Medicaid. No estás satisfecho porque decidimos:
  - reducir, suspender o cancelar la atención que recibías; o
  - denegamos a atención que querías;
  - denegamos el pago por la atención que recibiste; o
  - no dejamos que impugnaras el monto de un copago, otro monto que debes, o pagos que hiciste por tu atención médica.

Primero debes solicitar una apelación al plan y recibir una determinación definitiva adversa. Tendrás 120 días calendario desde la fecha de la determinación definitiva adversa para solicitar una audiencia imparcial.

**Si solicitaste una apelación al plan y recibes una determinación definitiva adversa que reduce, suspende o cancela la atención que recibes ahora, puedes seguir recibiendo los servicios que ordenó tu médico mientras esperas a que se decida tu audiencia imparcial. Debes solicitar una audiencia imparcial dentro de 10 días de la fecha de la determinación definitiva adversa o a más tardar en la fecha en la que la decisión entre en vigor, lo que sea más tarde.** No obstante, si decides solicitar que los servicios continúen y pierdes tu audiencia imparcial, puede que tengas que pagar el costo de los servicios que hayas recibido mientras esperabas una decisión.
- Solicitaste una apelación al plan, y el tiempo para que decidamos que tu apelación al plan se ha agotado, incluyendo todas las prórrogas. Si no recibes una respuesta a tu apelación al plan o si no decidimos a tiempo, puedes solicitar una audiencia imparcial.

La decisión que recibas del funcionario de la audiencia imparcial será definitiva.

Puedes utilizar una de las siguientes maneras para solicitar una audiencia imparcial:

1. Por teléfono – llama sin costo al 1-800-342-3334
2. Por fax – 518-473-6735
3. Por internet – [www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp](http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp)
4. Por correo – NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
Managed Care Hearing Unit  
P.O. Box 22023  
Albany, New York 12201-2023

Cuando solicites una audiencia imparcial sobre una decisión que tomó **Amida Care**, debemos enviarte una copia del **paquete de evidencias**. Esta es información que usamos para tomar nuestra decisión sobre tu atención. El plan le entregará esta información al funcionario de la audiencia para explicar nuestra decisión. Si no existe suficiente tiempo para enviártelo por correo, te llevaremos una copia del paquete de evidencias a la audiencia. Si has recibido tu paquete de evidencias en la semana antes de tu audiencia, puedes llamar al **1-800-556-0689** para solicitarlo.

Recuerda, puedes presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de New York en cualquier momento, llamando al 1-800-206-8125.

## Proceso de quejas

### Quejas:

Esperamos que nuestro plan de salud te dé un buen servicio. Si tienes un problema, habla con tu PCP o llama o escribe a Servicios al Miembro. La mayoría de los problemas pueden resolverse de inmediato. Si tienes un problema o una disputa sobre tu atención o tus servicios, puedes presentar una queja ante el plan. Los problemas que no se resuelvan de inmediato por teléfono y todas las quejas que se reciban por correo se manejarán siguiendo nuestro proceso de quejas, que se describe a continuación.

Puedes llamar a Servicios al Miembro [insertar el número sin costo correspondiente al plan de salud] si necesitas ayuda para presentar una queja o para seguir los pasos del proceso de quejas. Podemos ayudar si tienes necesidades especiales tales como un impedimento del oído o de la vista, o si necesitas servicios de traducción.

No le dificultaremos las cosas ni emprenderemos acción alguna en su contra por presentar una queja.

También tienes derecho a comunicarte con el Departamento de Salud del Estado de New York para hablar sobre tu queja al 1-800-206-8125 o escribir a: Complaint Unit, Bureau of Consumer

Services, OHIP DPCO 1CP-1609, New York State Department of Health, Albany, New York 12237

También puedes comunicarte con el Departamento de Servicios Sociales de tu localidad para hablar sobre tu queja en cualquier momento. Puedes llamar al Departamento de Servicios Financieros del Estado de New York al (1-800-342-3736) si tu queja involucra un problema de facturación.

### **Cómo presentar una queja ante nuestro plan:**

Puedes presentar una queja, o puedes pedirle a alguien más, como un familiar, amigo, médico o abogado, que presente la queja por ti. Tú y esa persona tendrán que firmar y fechar una declaración que establezca que quieres que esa persona te represente.

Para presentarla por teléfono, llama a Servicios al Miembro al **1-800-556-0689 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.** Si nos llamas fuera del horario de atención, deja un mensaje. Te llamaremos el siguiente día hábil. Si necesitamos más información para tomar una decisión, te lo diremos.

Puedes escribirnos con tu queja o llamar al número de Servicios al Miembro para solicitar un formulario de queja. Debe enviarla por correo a:

**Amida Care Member Services  
14 Penn Plaza, 2<sup>nd</sup> Floor  
New York, NY 10122  
Fax (646) 786-1837**

### **Lo que ocurre después:**

Si no resolvemos el problema de inmediato por teléfono, o después de recibir su queja escrita, te enviaremos una carta en un plazo de 15 días hábiles. La carta te informará:

- quién está trabajando en tu queja
- cómo comunicarte con esta persona
- si necesitamos más información

También puedes proporcionar información para que la usemos al revisar tu queja, ya sea en persona o por escrito. **Llama a Amida Care al 1-800-556-0689** si no estás seguro de qué información darnos.

Tu queja será revisada por una o más personas calificadas. Si tu queja involucra asuntos clínicos, tu caso será revisado por uno o más profesionales calificados del cuidado de la salud.

### **Después de que revisemos tu queja:**



- Te informaremos de nuestra decisión dentro de un plazo de 45 días o cuando tengamos toda la información que necesitamos para responder a tu queja, pero te responderemos a más tardar 60 días a partir del día en que recibamos tu queja. Te escribiremos y te diremos los motivos de nuestra decisión.
- Cuando una demora pondría en peligro tu salud, te informaremos de nuestra decisión dentro de un plazo de 48 horas o cuando tengamos toda la información que necesitamos para responder a tu queja, pero te responderemos a más tardar 7 días a partir del día en que recibamos tu queja. Te llamaremos para informarte nuestra decisión, o trataremos de comunicarnos contigo para informártela. Recibirás una carta para dar seguimiento a nuestra comunicación en 3 días hábiles.
- Te diremos cómo apelar nuestra decisión si no estás satisfecho e incluiremos todos los formularios que necesites.
- Si no podemos tomar una decisión acerca de tu queja porque no tenemos suficiente información, te enviaremos una carta y te lo informaremos.

### **Apelaciones de queja:**

Si estás en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre tu queja, puedes presentar una **apelación de queja** con el plan.

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

- Si no estás satisfecho con lo que decidimos, tienes al menos 60 días hábiles después de escuchar de nosotros para presentar una apelación de queja;
- Puedes hacerlo por ti mismo, o pedirle a alguien de tu confianza que presente una apelación de queja por ti;
- La apelación de queja debe hacerse por escrito. Si hacer una apelación de queja por teléfono, debe dársele seguimiento por escrito. Después de tu llamada te enviaremos un formulario que es un resumen de tu apelación por teléfono. Si estás de acuerdo con nuestro resumen, debes firmarlo y enviarnos el formulario de regreso. Puedes hacer los cambios necesarios antes de enviarnos el formulario de regreso.

### **Qué ocurre después de que recibimos tu apelación de queja:**

Después de recibir tu apelación de queja, te enviaremos una carta en un plazo de 15 días hábiles. La carta te informará:

- quién está trabajando en tu apelación de queja
- cómo comunicarte con esta persona
- si necesitamos más información

Tu apelación de queja será revisada por una o más personas calificadas a un nivel más alto que el de quienes tomaron la decisión inicial sobre tu queja. Si tu apelación de queja involucra asuntos

clínicos, tu caso será revisado por uno o más profesionales calificados de la salud, con al menos un revisor clínico, que no estuvieron involucrados en tomar la decisión inicial sobre tu queja.

Si tenemos toda la información que necesitamos, te informaremos nuestra decisión en 30 días hábiles. Si una demora pondría en peligro tu salud, te informaremos nuestra decisión en 2 días hábiles desde que tengamos toda la información que necesitamos para decidir la apelación. Se te dirán las razones de nuestra decisión y nuestra justificación clínica, si procede. Si aún no estás satisfecho, tú o alguien que actúe en tu nombre puede presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de New York al 1-800-206-8125.