

**SE REVISARON LAS SIGUIENTES SECCIONES DEL MANUAL DE MIEMBROS PARA
LEERSE DE LA SIGUIENTE FORMA**

Efectivo el 1 de mayo de 2018

CÓMO OBTENER ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y RECOMENDACIONES

Si su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) no puede brindarle la atención que necesita, lo DERIVARÁ a otro especialista que sí pueda. Si su PCP lo deriva a otro médico, pagaremos la atención. La mayoría de estos especialistas son proveedores de SelectHealth de VNSNY CHOICE. Hable con su PCP para saber bien cómo funcionan las remisiones.

- Si considera que un especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarlo si necesita ver a un especialista diferente.
- Existen algunos tratamientos y servicios que SelectHealth de VNSNY CHOICE debe autorizarle a su PCP *antes* de que usted pueda recibirlos. Su PCP podrá informarle cuáles son.
- Si tiene problemas para obtener una derivación que considera necesaria, comuníquese con el Departamento de servicios para miembros al 1-866-469-7774 (TTY: 711).
- Si no tenemos un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarle la atención que necesita, le proporcionaremos la atención que necesita de un especialista externo. A esto se le denomina **Remisión fuera de la red**. Su PCP o proveedor del plan debe solicitar autorización a SelectHealth de VNSNY CHOICE *antes* de obtener una Remisión fuera de la red. Si su PCP o proveedor del plan lo deriva a un proveedor que no pertenece a nuestra red, usted no debe asumir ningún costo excepto un copago que se describe en este manual.
- Para solicitar servicios de un especialista o proveedor fuera de la red, usted o su médico pueden llamar a la Administración médica de VNSNY CHOICE al 1-866-791-2215 o enviar por fax la solicitud por escrito al 1-646-459-7731. Usted o su médico también pueden llamar al Departamento de servicios para miembros al 1-866-469-7774 (TTY: 711) o enviar su solicitud por escrito a:

SelectHealth de VNSNY CHOICE
Medical Management
1630 East 15th Street
Brooklyn, NY 11229

Las autorizaciones para recibir atención fuera de la red se realizan dentro de los tres (3) días hábiles a partir de la recepción de toda la información necesaria, y no superarán los 14 días después de recibida su solicitud. Si usted o su médico solicitaron una Revisión de seguimiento rápido, se decidirá la autorización dentro de las 72 horas a partir de la recepción de su solicitud. Consulte la página 3 para obtener más información acerca de las solicitudes de revisión de Autorización previa estándar y de seguimiento rápido.

- Algunas veces, es posible que no aprobemos una Remisión fuera de la red si tenemos un proveedor en SelectHealth de VNSNY CHOICE que puede tratarlo. Si considera que nuestro proveedor del plan no tiene la capacitación o experiencia adecuada para tratarlo,

puede solicitarnos que verifiquemos si su Remisión fuera de la red es médicamente necesaria. Necesitará solicitar una **Apelación del plan**. Consulte la página 6 para conocer cómo hacerlo.

- Algunas veces, es posible que no aprobemos una Remisión fuera de la red para un tratamiento específico si usted solicita atención muy similar a la que puede obtener del proveedor de SelectHealth de VNSNY CHOICE. Puede solicitarnos que verifiquemos si su Remisión fuera de la red para el tratamiento que desea es médicamente necesaria. Necesitará solicitar una Apelación del plan. Consulte la página 5 para conocer cómo hacerlo.
- Si necesita ver a un especialista de atención continua, es posible que su PCP especifique una cantidad de visitas o un período de tiempo (una **remisión permanente**). Si tiene una remisión permanente, no necesitará una nueva remisión para recibir atención.
- *Si tiene una enfermedad a largo plazo o una enfermedad incapacitante que empeora con el tiempo*, su PCP puede coordinar:
 - que su especialista actúe como su PCP, o
 - que se realice una remisión a un centro de atención especializada que se ocupe del tratamiento de su enfermedad. También puede llamar al Departamento de servicios para miembros y obtener ayuda para acceder a un centro de atención especializada.

Autorización de servicios

Autorización previa:

Existen algunos tratamientos y servicios para los que necesita una autorización antes de recibirlos o para poder continuar recibéndolos. Esto se denomina **Autorización previa**. Usted o una persona de su confianza pueden solicitarla. Se deben autorizar los siguientes tratamientos y servicios antes de recibirlos:

- todas las admisiones hospitalarias,
- procedimientos para revertir la esterilización,
- rehabilitación cardíaca en pacientes ambulatorios luego de 36 visitas,
- audífonos,
- equipos médicos duraderos (todos los alquileres y suministros que superen los \$250),
- férula de tracción u otros aparatos ortopédicos domésticos,
- procedimientos y tratamientos experimentales o de investigación (incluidos los tratamientos y ensayos clínicos de enfermedades extrañas),
- transporte en ambulancia, camioneta para personas con discapacidad y vehículos de alquiler en situaciones que no sean de emergencia,
- servicios de atención médica a domicilio,
- servicios de atención personalizada,
- remisiones a proveedores externos, y
- salud mental/consumo de sustancias (después de la 1° visita) si el proveedor no presta servicios para SelectHealth de VNSNY CHOICE. (Consulte su Directorio de proveedores o llame al Departamento de servicios para miembros al 1-866-469-7774 (TTY: 711)).

Solicitar la aprobación de un tratamiento o un servicio se denomina **Solicitud de autorización de un servicio**. Para obtener la autorización para estos tratamientos o servicios, usted necesita:

Hacer que su médico se comunique con la Administración médica de SelectHealth de VNSNY CHOICE al 1-866-791-2215 o que envíe por fax la solicitud por escrito al 1-646-459-7731. Usted o su médico pueden llamar al Departamento de servicios para miembros al siguiente número gratuito 1-866-469-7774 (TTY: 711) o enviar su solicitud por escrito a:

VNSNY CHOICE SelectHealth
Medical Management
1630 East 15th Street
Brooklyn, NY 11229

También necesitará obtener Autorización previa si está recibiendo uno de estos servicios ahora y necesita continuar u obtener más atención. Esto se denomina **Revisión simultánea**.

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

El plan de salud cuenta con un equipo de revisión para garantizar que usted obtenga los servicios que le prometemos. Controlamos que el servicio que está solicitando esté cubierto por su plan de salud. Los médicos y el personal de enfermería se encuentran en el equipo de revisión. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o el servicio que solicitó sean médicamente necesarios y correctos para usted. Esto lo hacen al controlar su plan de tratamiento con los estándares médicamente aceptados.

Podemos decidir rechazar toda Solicitud de autorización de un servicio o aprobarla por un monto inferior al solicitado. Un profesional de atención médica calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión será tomada por un colega revisor clínico, que puede ser un médico o un profesional de atención médica que generalmente brinda la atención médica que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica**, que usamos para tomar decisiones acerca de la necesidad médica.

Después de que obtenemos su solicitud, la revisaremos conforme al proceso de **seguimiento rápido o estándar**. Usted o su médico pueden solicitar una Revisión de seguimiento rápido si se considera que un retraso causaría un daño grave a su salud. Si se rechaza su solicitud de Revisión de seguimiento rápido, le informaremos y su caso será manejado conforme al proceso de Revisión estándar.

Realizaremos de manera rápida su revisión si:

- un retraso pudiese poner en grave riesgo su salud, vida o capacidad para desarrollarse;
- su proveedor asegura que la revisión debe ser rápida;
- usted solicita más de un servicio que el que está recibiendo ahora mismo.

En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como lo requiera su afección médica, pero no posterior a lo que se menciona a continuación.

Le informaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si su solicitud es aprobada o rechazada. También le informaremos el motivo de la decisión. Explicaremos las opciones de apelación o de audiencias imparciales que tendrá si no está de acuerdo con nuestra decisión. (Consulte las secciones Apelaciones del plan y Audiencia imparcial que se encuentran más adelante en este manual).

Plazos para las solicitudes de Autorización previa:

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión sobre su solicitud dentro de los 3 días hábiles a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero tendrá noticias nuestras antes de los 14 días posteriores a que recibamos su solicitud. Le informaremos a los 14 días si necesitamos más información.
- **Revisión de seguimiento rápido:** Tomaremos una decisión y nos comunicaremos con usted en un plazo de 72 horas. Le informaremos dentro de las 72 horas si necesitamos más información.

Plazos para las solicitudes de Revisión simultáneas:

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión en el plazo de 1 día hábil a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero nos comunicaremos con usted antes de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud. Le informaremos a los 14 días si necesitamos más información.
- **Revisión de seguimiento rápido:** Tomaremos una decisión en el plazo de 1 día hábil a partir del momento en que tengamos toda la información necesaria. Nos comunicaremos con usted en un plazo no mayor de 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Le informaremos en el plazo de 1 día hábil si necesitamos más información.

Plazos especiales para otras solicitudes:

- Si aún se encuentra en el hospital o acaba de irse y solicita atención médica a domicilio, tomaremos una decisión dentro de las 72 horas a partir de la recepción de su solicitud.
- Si recibe un tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados y solicita más servicios al menos 24 horas antes de que le den el alta, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas a partir de la recepción de su solicitud.
- Si solicita servicios de salud mental o para el trastorno de abuso de sustancias que pueden relacionarse con una comparecencia ante el tribunal, tomaremos una decisión dentro de las 72 horas a partir de la recepción de su solicitud.
- Si solicita un medicamento recetado para pacientes ambulatorios, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas a partir de la recepción de su solicitud.
- Un protocolo de tratamiento escalonado significa que le exigimos que primero pruebe otro medicamento, antes de que le aprobemos el medicamento que solicita. Si solicita aprobación para anular un protocolo de tratamiento escalonado, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Para otros medicamentos, tomaremos una decisión dentro de los 14 días a partir de la recepción de su solicitud.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o de seguimiento rápido sobre su solicitud de servicio, haremos lo siguiente:

- Le escribiremos para solicitarle la información que necesitamos. Si su solución se encuentra en una Revisión de seguimiento rápido, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos un aviso por escrito posteriormente.
- Le informaremos el motivo por el que le conviene el retraso.
- Decidiremos dentro de los 14 días desde que solicitamos la información.

Usted, su proveedor o una persona de su confianza también pueden solicitarnos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ocurrir en caso de que tenga más información para brindar a fin de contribuir en la decisión de su caso. Para ello comuníquese con Administración médica al 1-866-791-2215 o enviando por fax la información al 1-646-459-7731. Su médico también puede enviar la información a:

VNSNY CHOICE SelectHealth
Medical Management
1630 East 15th Street
Brooklyn, NY 11229

Usted o su representante pueden presentar un reclamo si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su solicitud. Usted o una persona de su confianza también pueden presentar un reclamo sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.

Le informaremos en la fecha en que nuestro plazo de revisión haya vencido. Pero si por cualquier motivo no tiene noticias nuestras para dicha fecha, es lo mismo a que si hubiésemos rechazado la solicitud de autorización del servicio. Si no respondemos a una solicitud para anular un protocolo de tratamiento escalonado a tiempo, su solicitud se considerará aprobada.

Si considera que nuestra decisión de rechazar su solicitud de autorización de servicio es errónea, tiene el derecho a presentar una apelación. Consulte la sección Apelación del plan que se encuentra más adelante en este manual.

Otras decisiones sobre su atención de salud:

Algunas veces, realizaremos una Revisión simultánea sobre la atención médica que está recibiendo para corroborar si aún la necesita. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya haya recibido. Esto se denomina **Revisión retrospectiva**. Le informaremos si tomamos alguna decisión al respecto.

Plazos para otras decisiones sobre su atención:

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de disminuir, suspender o rescindir un servicio que ya hayamos aprobado y que esté recibiendo actualmente, debemos informárselo al menos 10 días previos al cambio de servicio.
- Debemos informarle al menos 10 días antes de tomar alguna decisión acerca de los servicios y ayuda a largo plazo, tales como atención médica a domicilio, atención personalizada, servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Service , CDPAS), atención médica diurna para adultos y atención en hogar de convalecencia.
- Si estamos controlando la atención de salud que se proporcionó en el pasado, tomaremos una decisión sobre el pago de la misma dentro de los 30 días después de recibir la información necesaria para la Revisión retrospectiva. Si rechazamos el pago de un servicio, les enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que se rechace el pago. Las notificaciones no son facturas. **No tendrá que pagar ninguna atención de salud recibida que fue cubierta por el plan o Medicaid, incluso si posteriormente rechazamos el pago al proveedor.**

Apelaciones del plan

Existen algunos tratamientos y servicios para los que necesita una autorización antes de recibirlos o para poder continuar recibéndolos. Esto se denomina **Autorización previa**. Solicitar la aprobación de un tratamiento o un servicio se denomina **Solicitud de autorización de un servicio**. Dicho proceso se describe previamente en este manual. La notificación para comunicar que decidimos rechazar la Solicitud de autorización de un servicio o aprobarla por un monto inferior al solicitado se denomina **Determinación adversa inicial**.

Si no está conforme con nuestra decisión sobre su atención, existen pasos que puede seguir.

Su proveedor puede solicitar una reconsideración:

Si tomamos la decisión de que su solicitud de autorización de servicio no era médicamente necesaria o era de experimento o investigación y no lo hablamos con su médico, éste puede solicitar hablar con el Director médico del plan. El Director médico conversará con su médico dentro de un día hábil.

Puede presentar una Apelación del plan:

Si considera que nuestra decisión acerca de su solicitud de autorización de servicio es errónea, puede pedirnos que revisemos su caso nuevamente. Esto se denomina **Apelación del plan**.

- Tendrá **60 días calendario** desde la fecha de la notificación de Determinación adversa inicial para solicitar una Apelación del plan.
- Puede llamar al Departamento de servicios para miembros al 1-866-469-7774 (TTY: 711) si necesita ayuda para solicitar una Apelación del plan o para seguir los pasos del proceso de apelación. Podemos ayudar si tiene alguna necesidad especial como un impedimento visual o auditivo, o si necesita servicios de traducción.
- Puede solicitar una Apelación del plan o puede hacer que alguien más, como un familiar, un amigo, un médico o un abogado, la solicite por usted. Usted y esa persona deberán firmar y fechar una declaración que diga que usted desea que esa persona lo represente.
- No lo trataremos de manera diferente ni actuaremos mal con usted si solicita una Apelación del plan.

Ayuda para continuar mientras se apela una decisión sobre su atención de salud:

Si decidimos reducir, suspender o rescindir los servicios que esté recibiendo actualmente, es posible que siga recibiendo los servicios mientras se aguarda la decisión de la Apelación del plan. **Debe solicitar su Apelación del plan:**

- **Dentro de los diez días desde que se le informa que su atención de salud está cambiando, o**
- **Para la fecha en que está programado el cambio de los servicios, lo que sea posterior.**

Si se rechaza nuevamente su apelación, es posible que deba pagar el costo de todo beneficio continuo que haya recibido.

Puede llamar o escribir para solicitar una Apelación del plan. Cuando solicite una Apelación del plan o a la brevedad, deberá proporcionarnos:

- Nombre y domicilio.
- Número de afiliado.
- Servicio que solicitó y los motivos de la apelación.
- Toda información que desee que revisemos, como historias clínicas, cartas de los médicos u otra información que explique por qué necesita el servicio.
- Toda información específica que mencionamos como necesaria en la notificación de Determinación adversa inicial.
- A fin de colaborar en la preparación de la Apelación del plan, puede consultar las pautas, historias clínicas y otros documentos que utilizamos para tomar la Determinación adversa inicial. Si su Apelación del plan es de seguimiento rápido, es posible que deba proporcionarnos la información que desea que revisemos en un corto plazo. Puede solicitar consultar estos documentos o pedir una copia sin cargo alguno llamando al 1-866-469-7774 (TTY: 711).

Proporcionémos la información y material por teléfono, fax, correo o en persona:

Teléfono.....	1-866-469-7774
Fax.....	1-866-791-2213
Correo.....	VNSNY CHOICE SelectHealth Grievance & Appeals P.O. Box 445, Elmsford, NY 10523
En persona.....	VNSNY CHOICE SelectHealth 1250 Broadway, 7th Floor, New York, NY 10001

Si solicita una Apelación del plan por teléfono, a menos que sea de seguimiento rápido, también debe enviarnos la Apelación del plan por escrito.

Si solicita un servicio o proveedor fuera de la red:

- Si determinamos que el servicio que solicitó es muy similar al servicio que ofrece un proveedor participante, puede solicitar que verifiquemos si este servicio es médicamente necesario para usted. Necesitará solicitarle a su médico que envíe la siguiente información junto con su Apelación del plan:
 - 1) una declaración por escrito de su médico que indique que el servicio fuera de la red es muy distinto al servicio que el plan puede proporcionar a través de un proveedor participante. Su médico debe ser un especialista certificado o elegible que trate a personas que necesiten el servicio que usted está solicitando.
 - 2) dos documentos médicos o científicos que prueben que el servicio que usted está solicitando es más útil para usted y no le causará más daño que el servicio que el plan puede proporcionarle a través de un proveedor participante.

Si su médico no le envía esta información, igual revisaremos su Apelación del plan. Sin embargo, es posible que no sea elegible para una Apelación externa. Consulte la sección Apelación externa que se encuentra más adelante en este manual.

- Si considera que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación o experiencia correcta para proveer un servicio, puede solicitarnos que verifiquemos si es médicamente necesario que lo derivemos a un proveedor fuera de la red. Necesitará solicitarle a su médico que envíe esta información con su apelación:
 - 1) una declaración por escrito que establezca que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades, y
 - 2) una recomendación de un proveedor fuera de la red con la capacitación y experiencia adecuadas que pueda brindarle el servicio.

Su médico debe ser un especialista certificado o elegible que trate a personas que necesiten el servicio que usted está solicitando. Si su médico no le envía esta información, igual revisaremos su Apelación del plan. Sin embargo, es posible que no sea elegible para una Apelación externa. Consulte la sección Apelación externa que se encuentra más adelante en este manual.

¿Qué sucede después de que obtenemos su Apelación del plan?

- En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos analizando su Apelación del plan.
- Le enviaremos una copia de las historias clínicas sin cargo alguno y toda otra información que usaremos para decidir sobre la apelación. Si su Apelación del plan es de seguimiento rápido, es posible que deba revisarse dicha información en un corto plazo.
- También puede brindar información útil para tomar la decisión, ya sea en persona o por escrito. Llame al 1-866-469-7774 si no está seguro de la información que debe brindarnos.
- Las decisiones sobre las apelaciones del plan de asuntos clínicos estarán a cargo de profesionales de atención médica calificados que no hayan tomado la primera decisión; al menos uno de ellos será un colega revisor clínico.
- Las decisiones no clínicas serán tratadas por personas que trabajan en un nivel superior que las personas que trabajaron en su primera decisión.
- Se le proporcionarán los motivos de nuestra decisión y nuestra fundamentación clínica, si corresponde. La notificación para comunicar que la decisión respecto de la Apelación del plan es rechazar su solicitud o aprobarla por un monto inferior al solicitado se denomina **Determinación adversa final**.
- **Si considera que nuestra Determinación adversa final es errónea:**
 - Puede solicitar una Audiencia imparcial. Consulte la sección Audiencia imparcial de este manual.
 - Para algunas decisiones, es posible solicitar una Apelación externa. Consulte la sección Apelación externa de este manual.
 - Puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.

Plazos para las apelaciones del plan:

- **Apelaciones estándar del plan:** Si contamos con toda la información necesaria, le comunicaremos nuestra decisión dentro de los 30 días desde el momento en que solicitó su Apelación del plan.

- **Apelaciones de seguimiento rápido del plan:** Si contamos con toda la información necesaria, las decisiones sobre apelaciones de seguimiento rápido del plan se tomarán dentro de los 2 días hábiles a partir de su Apelación del plan sin superar las 72 horas desde el momento en que solicitó la Apelación del plan.
 - Le informaremos dentro de las 72 horas si necesitamos más información.
 - Si se rechazó su solicitud cuando solicitó más tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados al menos 24 horas antes de que le den el alta, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas a partir de su apelación.
 - Le informaremos sobre nuestra decisión por teléfono y le enviaremos un aviso por escrito posteriormente.

Su Apelación del plan se revisará conforme al proceso de seguimiento rápido:

- Si usted o su médico solicitan la revisión de su Apelación del plan conforme al proceso de seguimiento rápido. Su médico tendría que explicar cómo un retraso le causaría un daño a su salud. Si se rechaza su solicitud de seguimiento rápido, se lo informaremos y se revisará su Apelación del plan conforme al proceso estándar, o
- si se rechazó su pedido cuando solicitó continuar recibiendo atención de salud que ahora está obteniendo o necesita extender un servicio que se ha prestado, o
- si se rechazó su pedido cuando solicitó atención médica a domicilio posterior a su internación, o
- si se rechazó su pedido cuando solicitó más tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados al menos 24 horas antes de que estuvieran por darle el alta.

Si necesitamos más información para tomar una decisión de seguimiento rápido o estándar sobre su Apelación del plan, haremos lo siguiente:

- Le escribiremos para contarle la información que necesitamos. Si su solución se encuentra en una Revisión de seguimiento rápido, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos un aviso por escrito posteriormente.
- Le informaremos el motivo por el que le conviene el retraso.
- Decidiremos dentro de los 14 días desde que solicitamos la información.

Usted o su representante también pueden solicitarnos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ocurrir en caso de que tenga más información para brindar a fin de contribuir en la decisión de su caso. Para ello comuníquese al 1-866-469-7774 o escriba a:

Usted o su representante pueden presentar un reclamo con el plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su Apelación del plan. Usted o una persona de su confianza también pueden presentar un reclamo sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.

Si no recibe respuesta sobre su Apelación del plan o no llegamos a decidir a tiempo, incluidas las extensiones, puede solicitar una Audiencia imparcial. Consulte la sección Audiencia imparcial de este manual.

Si no tomamos una decisión a tiempo sobre su Apelación del plan y notificamos que el servicio que está solicitando:

1) no es médicamente necesario; 2) es experimental o de investigación; 3) no es diferente a la atención médica que puede recibir en la red del plan o 4) está disponible por parte de un proveedor participante que tiene la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades, se revertirá el rechazo original. Esto significa que la solicitud de autorización de servicio será aprobada.

Apelaciones externas

Tiene otros derechos de apelación si anunciamos que el servicio que está solicitando:

- 1) no era médicamente necesario;
- 2) era experimental o de investigación;
- 3) no era diferente a la atención médica que puede recibir en la red del plan; o
- 4) estaba disponible por parte de un proveedor participante que tiene la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades.

Para estos tipos de decisiones, puede solicitarle al estado de Nueva York una **Apelación externa** independiente. Esto se denomina Apelación externa porque a la decisión la toman revisores que no trabajan para el plan de salud ni el estado. Estos revisores son personas calificadas y aprobadas por el Estado de Nueva York. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o debe ser un tratamiento experimental, un ensayo clínico o un tratamiento para una enfermedad extraña. No tiene que pagar por una Apelación externa.

Antes de solicitar una Apelación externa:

- Debe presentar una Apelación del plan y obtener la Determinación adversa final del plan; o
- si no ha obtenido el servicio y solicita una Apelación del plan de seguimiento rápido, puede solicitar una Apelación externa acelerada al mismo tiempo. Su médico tendrá que corroborar que es necesaria una Apelación externa acelerada, o
- usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de Apelaciones del plan y optar directamente por la Apelación externa, o
- puede comprobar que el plan no cumplió con las normas como corresponde durante el proceso de su Apelación del plan.

Usted cuenta con **4 meses** posteriores a recibir la Determinación adversa final del plan para solicitar una Apelación externa. Si usted y el plan acuerdan omitir el proceso de Apelación del plan, debe solicitar la Apelación externa en un plazo de 4 meses desde el momento en que celebró el acuerdo.

Para solicitar una Apelación externa, complete la solicitud y envíela al Departamento de servicios financieros. Puede llamar al Departamento de servicios para miembros al 1-866-469-7774 si necesita ayuda para presentar una apelación. Usted y sus médicos tendrán que brindar información sobre su problema médico. En la solicitud de Apelación externa se indica la información necesaria.

A continuación figuran algunas formas de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de servicios financieros al 1-800-400-8882
- Visite la página web del Departamento de servicios financieros en www.dfs.ny.gov.
- Comuníquese con el plan de salud al 1-866-469-7774

Se decidirá sobre su Apelación externa en un plazo de 30 días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de apelaciones externas solicita más información. Se informará a usted y al plan sobre la decisión final dentro de los dos días posteriores a la toma de la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si:

- Su médico indica que un retraso causaría un daño grave a su salud, o
- usted está hospitalizado después de visitar la sala de emergencias y el plan le niega atención hospitalaria.

Esto se denomina **Apelación externa acelerada**. El revisor de la Apelación externa decidirá sobre una apelación acelerada en menos de 72 horas.

Si solicitó más tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados al menos 24 horas antes de que le den el alta, continuaremos pagando su internación si:

- solicita una apelación de seguimiento rápido del plan dentro de las 24 horas, y
- solicita una Apelación externa de seguimiento rápido al mismo tiempo.

Continuaremos pagando su internación hasta que se tome una decisión acerca de sus apelaciones.

Tomaremos una decisión sobre su apelación de seguimiento rápido del plan en un plazo de 24 horas.

Se decidirá sobre su Apelación externa de seguimiento rápido en un plazo de 72 horas.

El revisor de la Apelación externa les informará a usted y al plan la decisión inmediatamente por teléfono o fax. Luego, se le enviará una carta en donde se le informará la decisión.

Si solicita una Apelación del plan y recibe una Determinación adversa final mediante la cual se rechaza, reduce, suspenda o rescinda su servicio, puede solicitar una Audiencia imparcial. Puede solicitar una Audiencia imparcial y una Apelación externa, o ambas. Si solicita una Audiencia imparcial y una Apelación externa, la decisión del funcionario de Audiencias imparciales será la única válida.

Audiencias imparciales

Puede solicitar una Audiencia imparcial del estado de Nueva York si:

- No está satisfecho con una decisión que tomó su Departamento local de Servicios Sociales o el Departamento Estatal de Salud sobre si sigue o deja SelectHealth de VNSNY CHOICE.
- No está satisfecho con alguna decisión que hayamos tomado respecto de restringir sus servicios. Considera que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. Tiene 60 días calendario desde la fecha de la notificación de la restricción prevista para solicitar una Audiencia imparcial. Si solicita una Audiencia imparcial dentro de los 10 días desde la notificación de la restricción prevista o antes de la fecha de entrada en vigencia de la restricción, lo que sea posterior, puede continuar recibiendo sus servicios hasta obtener la decisión de la Audiencia imparcial. Sin embargo, si pierde su Audiencia imparcial, es posible que deba pagar el costo de los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.
- No está conforme con la decisión acerca de que su médico no solicitaría los servicios que usted quería. Usted cree que la decisión del médico interrumpe o limita sus beneficios de Medicaid. Debe presentar un reclamo ante SelectHealth de VNSNY CHOICE. Si SelectHealth de VNSNY CHOICE está de acuerdo con su médico, puede solicitar una Apelación del plan. Si recibe una Determinación adversa final, tendrá 120 días calendario desde la fecha de la Determinación adversa final para solicitar una Audiencia imparcial.

- No está satisfecho con alguna decisión que hayamos tomado respecto de su atención médica. Considera que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. No está satisfecho con que hayamos decidido:
 - disminuir, suspender o rescindir la atención médica que recibía;
 - rechazar la atención médica que deseaba;
 - rechazar el pago por la atención médica que recibió, o
 - no permitirle disputar un monto de copago, otro monto que deba o el pago que hizo por su atención médica.

Primero debe solicitar una Apelación del plan y recibir una Determinación adversa final. Tendrá 120 días calendario desde la fecha de la Determinación adversa final para solicitar una Audiencia imparcial.

Si solicita una Apelación del plan y recibe una Determinación adversa final que reduzca, suspenda o rescinda la atención médica que esté recibiendo en la actualidad, puede seguir obteniendo los servicios que haya solicitado su médico mientras se decide sobre su Audiencia imparcial. Debe solicitar una Audiencia imparcial en un plazo de 10 días desde la fecha de la Determinación adversa final o al momento en que la medida entre en vigencia, lo que ocurra después. Sin embargo, si elige solicitar que continúen los servicios y pierde su Audiencia imparcial, es posible que deba pagar el costo de los servicios que recibió mientras esperaba una decisión.

- Solicitó una Apelación del plan, y se venció nuestro período para decidir sobre su Apelación del plan, incluidas las extensiones. Si no recibe respuesta sobre su Apelación del plan o no llegamos a decidir a tiempo, puede solicitar una Audiencia imparcial.

La decisión que recibe del funcionario de la Audiencia imparcial será final.

Puede utilizar una de las siguientes formas para solicitar una Audiencia imparcial:

1. Por teléfono, sin cargo, llamar al 1-800-342-3334
2. Por fax al 518-473-6735
3. Por Internet, ingresando a www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp
4. Por correo postal - 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 solicite una Audiencia imparcial sobre una decisión que haya tomado SelectHealth de VNSNY CHOICE, debemos enviarle una copia del **paquete de evidencia**. Usamos esta información para tomar nuestra decisión sobre su atención médica. El plan proporcionará esta información al funcionario de la audiencia para explicarle el motivo de nuestra medida. Si no hubiera suficiente tiempo para enviárselas por correo postal, le llevaremos una copia del paquete de evidencia a la audiencia. Si no recibe su paquete de evidencia una semana antes de la audiencia, puede llamar al 1-866-469-7774 para solicitarlo.

Recuerde que puede presentar un reclamo en cualquier momento ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.

El proceso de reclamo

Reclamos:

Esperamos que nuestro plan cumpla con sus necesidades. Si tiene un problema, hable con su PCP o llame o escriba al Departamento de servicios para miembros. La mayoría de los problemas se pueden resolver inmediatamente. Si tiene un problema o disputa con la atención médica o los servicios, puede presentar un reclamo con el plan. Los problemas que no se resuelven inmediatamente por teléfono y cualquier reclamo que surja en el correo, se tratarán de acuerdo con nuestro procedimiento de reclamos que se describe a continuación.

Puede llamar al Departamento de servicios para miembros al 1-866-469-7774 si necesita ayuda para presentar un reclamo o para seguir los pasos del proceso de reclamos. Podemos ayudar si tiene alguna necesidad especial como un impedimento visual o auditivo, o si necesita servicios de traducción.

No dificultaremos la situación para usted ni tomaremos medida alguna en su contra por presentar un reclamo.

También tiene el derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del estado de Nueva York para hablar sobre su reclamo al 1-800-206-8125 o escribir a: Unidad de Reclamos, Oficina de Servicios para el Consumidor, Oficina de Programas de Seguros de Salud (Office of Health Insurance Programs, OHIP) División de Contratación y Supervisión de Planes de Salud (Division of Health Plan Contracting and Oversight, DHPCO) 1CP-1609, Departamento de Salud del estado de Nueva York, Albany, Nueva York 12237

Además puede comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales local para hablar de su reclamo en cualquier momento. Puede llamar al Departamento de servicios financieros del estado de Nueva York al 1-800-342-3736 si su reclamo implica un problema de facturación.

Cómo presentar un reclamo con nuestro plan

Puede presentar un reclamo o puede hacer que alguien más, como un familiar, un amigo, un médico o un abogado, lo presente por usted. Usted y esa persona deberán firmar y fechar una declaración que diga que usted desea que esa persona lo represente.

Para iniciar el reclamo por teléfono, llame al Departamento de servicios para miembros al 1-866-469-7774 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Si llama fuera del horario de atención, deje un mensaje. Lo llamaremos el próximo día hábil. Si necesitamos más información para tomar una decisión, se lo haremos saber.

Puede enviarnos su reclamo o llamar al Departamento de servicios para miembros y solicitar un formulario de reclamo. Se debe enviar a:

VNSNY CHOICE
SelectHealth Grievance & Appeals
PO BOX 445
Elmsford, NY 10523.

¿Qué se hace después de todo esto?

Si no resolvemos el problema inmediatamente a través del teléfono o luego de obtener su reclamo por escrito, le enviaremos una carta dentro de 15 días hábiles. En la carta, se le informará lo siguiente:

- La persona que está resolviendo su reclamo
- Información de contacto de dicha persona
- Si necesitamos más información

También puede brindar información útil para evaluar su reclamo, ya sea en persona o por escrito.

Llame al 1-866-469-7774 si no está seguro de la información que debe brindarnos.

Su reclamo será revisado por una o más personas calificadas. Si su reclamo implica asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales de atención de la salud calificados.

Después de revisar su reclamo:

- Le informaremos sobre nuestra decisión en 45 días desde que tengamos toda la información necesaria para responder a su reclamo, pero tendrá noticias nuestras en no más de 60 días desde la fecha en que recibimos su reclamo. Le escribiremos para informarle los motivos de nuestra decisión.
- Cuando un retraso pueda poner en riesgo su salud, le informaremos sobre nuestra decisión en 48 horas desde que tengamos toda la información necesaria para responder a su reclamo, pero tendrá noticias nuestras en no más de 7 días desde la fecha en que recibimos su reclamo. Lo llamaremos para informarle nuestra decisión o intentaremos comunicarnos para informarle al respecto. Recibirá una carta para llevar un seguimiento de nuestra comunicación en 3 días hábiles.
- Se le informará cómo apelar nuestra decisión si no está conforme e incluiremos cualquier formulario que pueda necesitar.
- Si no podemos tomar una decisión sobre su reclamo porque no tenemos suficiente información, le enviaremos una carta y se lo haremos saber.

Apelaciones de reclamos:

Si no está de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su reclamo, puede presentar una **Apelación del reclamo** ante el plan.

Cómo presentar una Apelación del reclamo:

- Si no está conforme con lo que decidimos, tiene 60 días hábiles después de recibir la determinación para presentar una apelación.
- Puede hacerlo usted o solicitarle a alguien de confianza que presente la Apelación del reclamo en su nombre.
- La Apelación de reclamo debe hacerse por escrito. Si presenta una Apelación del reclamo por teléfono, debe estar seguida de la presentación por escrito. Después de llamar, le enviaremos un formulario que es un resumen de la apelación que realizó por teléfono. Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y regresar el formulario. Puede realizar cualquier cambio necesario antes de regresarnos el formulario.

¿Qué sucede después de que obtenemos su Apelación del reclamo?

Después de que recibamos su Apelación del reclamo, le enviaremos una carta dentro de los 15 días hábiles. En la carta, se le informará lo siguiente:

- La persona que está resolviendo su reclamo
- Información de contacto de dicha persona
- Si necesitamos más información

Su Apelación del reclamo será revisada por una o más personas calificadas en un nivel superior al de las que tomaron la primera decisión sobre su reclamo. Si su Apelación del reclamo implica asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales de la salud calificados, con al menos un colega revisor clínico, que no estaban implicados en la toma de la primera decisión sobre su reclamo.

Si contamos con toda la información necesaria, le informaremos sobre nuestra decisión en 30 días hábiles. Si un retraso pudiese poner en riesgo su salud, obtendrá nuestra decisión en 2 días hábiles desde que tengamos toda la información necesaria para decidir sobre la apelación. Se le proporcionarán los motivos de nuestra decisión y nuestra fundamentación clínica, si corresponde. Si aún no está conforme, usted o una persona en su representación pueden presentar un reclamo en cualquier momento ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.