



icircle
Care

Atención en tu ciudad. Centrada en **(ti.)**

MANUAL DE MIEMBROS

Marzo 2024

BIENVENIDO A iCIRCLE CARE

Muchas gracias por elegir a iCircle Care para su plan de atención a largo plazo administrada de Medicaid (MLTC, por sus siglas en inglés).

Brindamos a nuestros miembros servicios sociales y de salud de alta calidad que son culturalmente apropiados, integrados en la comunidad y adaptados a sus necesidades individuales, asegurando un impacto positivo en su salud personal, estilo de vida e independencia.

iCircle Care se compromete a ayudar a las personas con enfermedades crónicas o discapacidades a encontrar y recibir la mejor atención y tratamiento a largo plazo para su situación. Como organización local, comprendemos las necesidades especiales de salud de nuestra comunidad. No tenemos que rendirle cuentas a una gran corporación distante.

Por ser una organización sin fines de lucro, la prioridad número uno de iCircle Care siempre será cumplir con nuestra misión de servir y enriquecer la vida de nuestros miembros. Como parte de esa misión, tratamos a todos los miembros con respeto y compasión. Siempre.

Nuestra misión: Trabajar juntos para enriquecer, apoyar y empoderar a nuestros miembros y sus familias, en sus hogares y comunidades.

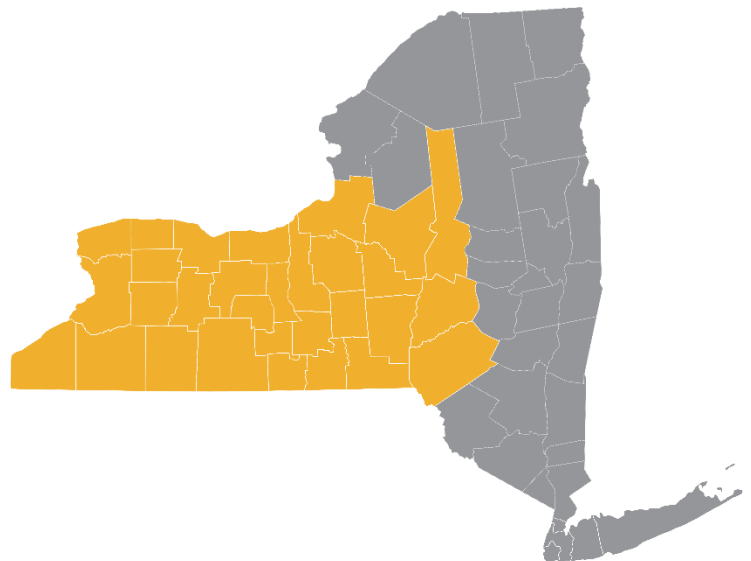
Cómo utilizar este Manual

Este manual es un recurso valioso que usted puede utilizar para obtener información sobre el plan iCircle Care. Explica El Cuidado Administrado a Largo Plazo (MLTC, por sus siglas en inglés); los procedimientos de inscripción y cancelación de la inscripción en el plan iCircle Care; cómo presentar una queja, reclamo o apelación; los beneficios a los que tiene derecho; cómo solicitar un beneficio; y otra información valiosa relacionada con su inscripción. Como miembro de iCircle Care, usted podrá conservar su médico de atención primaria actual.

Si usted necesita información adicional, por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros, llamando al: 1-844-MY-iCARE (694-2273) o marcando TTY / TDD:

CONDADOS A LOS QUE SERVIMOS:

Allegany	Genesee	Oswego
Broome	Herkimer	Otsego
Cattaraugus	Livingston	Schuyler
Cayuga	Madison	Seneca
Chautauqua	Monroe	Steuben
Chemung	Niagara	Tioga
Chenango	Oneida	Tompkins
Cortland	Onondaga	Wayne
Delaware	Ontario	Wyoming
Erie	Orleans	Yates



CONTENIDO

BIENVENIDO A ICIRCLE CARE	1
ACERCA DE ICIRCLE CARE.....	3
¿QUÉ ES MLTC?.....	3
INSCRIPCIÓN EN ICIRCLE CARE.....	3
CRITERIOS DE INSCRIPCIÓN	3
EVALUADOR INDEPENDIENTE DE NUEVA YORK: PROCESO DE EVALUACIÓN INICIAL	4
EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN	4
ADMINISTRANDO SUS CUIDADOS.....	6
SUS BENEFICIOS DE ICIRCLE CARE	6
DENEGACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN.....	6
DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS:.....	7
SERVICIOS NO CUBIERTOS.....	13
TARJETA DE IDENTIDAD (ID).....	14
TRANSFERENCIAS.....	15
CÓMO ACCEDER A SUS BENEFICIOS DE ATENCIÓN ICIRCLE CARE.....	15
RED DE ATENCIÓN ICIRCLE CARE	15
ATENCIÓN DE EMERGENCIA.....	16
SI USTED ESTÁ HOSPITALIZADO	16
ATENCIÓN FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO.....	16
CUIDADO TRANSICIONAL.....	17
AUTORIZACIONES DE SERVICIO Y REQUISITOS DE ACCIÓN.....	17
AUTORIZACIÓN DE SERVICIO	17
REVISIÓN DE AUTORIZACIÓN PREVIA.....	18
REVISIÓN CONCURRENTES.....	18
REVISIÓN ACCELERADA	18
DISPOSICIONES GENERALES	18
QUEJAS Y APELACIONES.....	21
¿QUÉ ES UNA QUEJA?	21
EL PROCESO DE LA QUEJA	21
¿CÓMO PUEDO APELAR LA DECISIÓN DE UNA QUEJA?	22
¿QUÉ ES UNA ACCIÓN?	23
PLAZOS PARA UNA NOTIFICACIÓN DE UNA ACCIÓN.....	23
EL CONTENIDO DE UN AVISO DE ACCIÓN.....	23
¿CÓMO DEBO PRESENTAR UNA APELACIÓN DE UNA ACCIÓN?	24
DARSE DE BAJA DE ICIRCLE CARE.....	27
DARSE DE BAJA VOLUNTARIAMENTE	27
DARSE DE BAJA INVOLUNTARIAMENTE.....	28
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS.....	29
DERECHOS.....	29
RESPONSABILIDADES	30
REDUCCIÓN DE GASTOS.....	30
DIRECTIVAS ANTICIPADAS	30
EL DINERO SIGUE A LA PERSONA (MFP)/PUERTAS ABIERTAS (MONEY FOLLOWS THE PERSON(MFP)/OPEN DOORS).....	31
DEFENSOR.....	31
GRACIAS POR ELEGIR ICIRCLE CARE	32

ACERCA DE iCIRCLE CARE

iCircle Care, autorizado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, es un plan MLTC formado por una colaboración de proveedores líderes de la comunidad que creían que la región merecía un mayor nivel de opciones individuales y atención personalizada. A través de un enfoque claramente compasivo y amistoso para el servicio y la atención, iCircle Care empodera a las personas que residen en el norte del estado de Nueva York que tienen 18 años o más y requieren apoyo y servicios de atención a largo plazo para vivir de forma independiente en sus hogares como miembros productivos de sus comunidades.

Mediante correos periódicos o publicaciones en el sitio web, iCircle Care le mantendrá informado sobre temas importantes de educación sobre salud, como vacunas, prevención de lesiones, prevención de caídas, aptitud física y nutrición.

iCircle Care se dedica a atender sus necesidades y preguntas de manera oportuna y adecuada. Nuestro Experimentado Equipo de Administración de Cuidados trabajará en estrecha colaboración con usted y con su círculo de apoyo para garantizar que cumpliremos con sus necesidades.

¿QUÉ ES MLTC?

El objetivo de MLTC es permitir que las personas con enfermedades crónicas y/o discapacidades residan de manera segura en su entorno apropiado mediante el reembolso de la atención y el apoyo necesarios para realizar las actividades diarias que no pueden realizar sin asistencia.

INSCRIPCIÓN EN iCIRCLE CARE

Criterios de Inscripción

Para ser elegible a inscribirse en iCircle Care, usted debe:

- Tener 18 años o más de edad
- Residir en uno de los siguientes condados:
 - Allegany, Broome, Cattaraugus, Cayuga, Chautauqua, Chemung, Chenango, Cortland, Delaware, Erie, Genesee, Herkimer, Livingston, Madison, Monroe, Niagara, Oneida, Onondaga, Ontario, Orleans, Oswego, Otsego, Schuyler, Seneca, Steuben, Tioga, Tompkins, Wayne, Wyoming o Yates
- Ser designado por su Departamento Local de Servicios Sociales o entidad designada por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para ser elegible para Medicaid
- Ser designado elegible para MLTC con base en una evaluación realizada por una entidad designada por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, utilizando una herramienta de elegibilidad designada por el departamento
- Ser capaz de permanecer en su hogar al momento de la inscripción sin poner en peligro su salud y seguridad, según los criterios proporcionados por el Departamento de Salud
- Requerir al menos uno de los siguientes planes de Cuidado a Largo Plazo Basado en la Comunidad (CBLTCS, por sus siglas en inglés) por más de 120 días a partir de la fecha efectiva de inscripción:

- Servicios de Enfermería a Domicilio
- Terapias a Domicilio
- Servicios de Ayudante de Salud a Domicilio
- Servicios de Cuidado Personal a Domicilio
- Atención médica Diurna Para Adultos
- Enfermería Privada
- Servicios de Asistencia Personal Dirigidos al Consumidor

Evaluador Independiente de Nueva York: Proceso de Evaluación Inicial

A partir del 16 de mayo de 2022, el Centro de Inscripción y Evaluación Libre de Conflictos (CFEEC, por sus siglas en inglés) se convertirá en el Evaluador Independiente de Nueva York (NYIA, por sus siglas en inglés). El NYIA administrará el proceso de evaluación inicial, pero no las evaluaciones iniciales aceleradas, que comenzarán el 1 de julio de 2022. El proceso de evaluación inicial incluye completar lo siguiente:

- *Evaluación de Salud Comunitaria (CHA, por sus siglas en inglés):* La CHA se utiliza para ver si usted necesita servicios de atención personal y/o servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (PCS/CDPAS, por sus siglas en inglés) y si es elegible para la inscripción en un Plan de Atención Administrada a Largo Plazo .
- *Cita clínica y Orden del Médico (PO, por sus siglas en inglés):* La PO documenta su cita clínica e indica que usted:
 - necesita ayuda con las actividades diarias, y
 - que su condición médica es estable para que pueda recibir PCS y/o CDPAS en su hogar.

La NYIA programará tanto la CHA como la cita en la clínica. La CHA será realizada por personal de enfermería registrado capacitado (RN, por sus siglas en inglés). Después de la CHA, un médico de la NYIA completará una cita clínica y una Orden del Médico unos días después.

iCircle Care utilizará los resultados de CHA y PO para ver qué tipo de ayuda necesita usted y crear su plan de atención. Si su plan de atención propone PCS y/o CDPAS durante más de 12 horas por día en promedio, será necesaria una revisión por separado por parte del Panel de Revisión Independiente (IRP, por sus siglas en inglés) 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 del panel puede examinarlo o discutir con usted sus necesidades. El IRP hará una recomendación a iCircle Care sobre si el plan de atención satisface sus necesidades.

El Proceso de Inscripción

Si usted tiene intereses en inscribirse en iCircle Care: Llame al 1-844-iCircle (424-7253) o marque TTY/TDD:711 para hablar con un Coordinador de Inscripción (EC).

El Coordinador de Inscripción hará lo siguiente:

- Proporcionar una descripción general de iCircle Care
- Ayudará a determinar si usted necesitará una evaluación de elegibilidad inicial realizada por NYIA (Evaluador independiente de Nueva York).

- Revisar los requisitos de elegibilidad (para determinar si usted cumple con los criterios básicos de elegibilidad, como la edad y el condado de residencia)
- Preguntarle si usted es un beneficiario actual de Medicaid; si actualmente no recibe beneficios de Medicaid, el EC coordinará para que un especialista en inscripción de Medicaid lo ayude a completar una solicitud de Medicaid.

Si usted decide continuar con el proceso de inscripción, se programará una visita en persona con una enfermera de evaluación dentro de los 30 días posteriores a la derivación médica inicial. La enfermera evaluadora realizará una evaluación integral de su salud y seguridad, así como de su entorno ambiental.

Si a usted se le considera elegible para iCircle Care, la información de la evaluación en persona se utilizará para generar su Plan de servicio centrado en la persona. Se le proporcionará a usted su Plan de Servicio Centrado en la Persona finalizado dentro de los 5 días hábiles posteriores a la terminación de las evaluaciones.

Durante su visita en persona, la enfermera de evaluación hará lo siguiente:

- Revisará con usted el Manual del miembro, el Directorio de Proveedores y la Guía de Atención a Largo Plazo Administrada por Medicaid.
- Responderá cualquier pregunta que usted o su familiar, cuidador u otra persona de apoyo pueda tener.
- Discutirá y revisará el Plan de Servicio Centrado en la Persona que se está recomendando, según las evaluaciones completadas.
- Explicará qué hay que esperar al inscribirse en iCircle Care y sus derechos y responsabilidades como miembro
- Explicará qué beneficios están cubiertos y cómo usted accede a esos servicios.
- Explicará cómo se coordinará la atención
Si usted decide inscribirse en iCircle Care, usted:
- Necesita completar el acuerdo de inscripción y la documentación asociada.
- Ser informado de cuándo usted puede esperar que comience su inscripción si es aprobada por el Estado de Nueva York o por la entidad designada

iCircle Care no discrimina en función del estado de salud, la necesidad o el costo de los servicios cubiertos. La decisión final sobre su solicitud la tomará el estado de Nueva York o su entidad designada.

La elección de iCircle Care como su plan MLTC es voluntaria. En cualquier momento durante el proceso de consulta sobre la inscripción en iCircle Care, e incluso después de que usted complete el proceso de solicitud, puede cambiar de opinión y retirar su solicitud antes del mediodía del día 20 del mes anterior a la fecha de entrada en vigencia de la inscripción,

indicándolo de manera oral o por escrito. Si usted se inscribe en iCircle Care, pero luego cambia de opinión, usted puede solicitar la cancelación de la inscripción en el plan.

Recuerde que usted puede conservar su médico de atención primaria actual si se convierte en miembro de iCircle Care.

Administrando sus Cuidados

El beneficio más importante que usted recibirá al inscribirse en iCircle Care es Administración de Cuidados. En general, Administración de Cuidados es un proceso que identifica, coordina y le ayuda a obtener servicios médicos, sociales, educativos, psicosociales, financieros y otros servicios necesarios.

A cada miembro de iCircle Care se le asigna un administrador de atención y cualquier otro especialista necesario para ayudar a satisfacer sus necesidades. Los administradores de atención de iCircle son enfermeros registrados y/o trabajadores sociales.

En el momento de su inscripción en iCircle Care, su administrador de atención, en consulta con su médico de atención primaria, cuando corresponda, creará un Plan de Servicio Centrado en la Persona que se adaptará a sus necesidades personales específicas. Su Administrador de Atención supervisará continuamente su plan de servicio centrado en la persona y trabajará con su médico de atención primaria para ajustarlo según sea necesario.

Sus Beneficios de iCircle Care

La inscripción en iCircle Care no reducirá los beneficios que usted recibe a través de Medicaid, Medicare o por un seguro privado. Los beneficios de sus seguros médicos se coordinarán.

Denegación de la Inscripción

Se le puede negar la inscripción en iCircle Care por uno o más de los siguientes motivos:

- Usted no tiene por lo menos 18 años de edad
- Usted no es elegible para Medicaid
- Usted no es elegible para el nivel de atención de un hogar de ancianos
- Usted no es capaz de regresar o permanecer en su hogar y comunidad sin poner en peligro su salud y seguridad en el momento de la inscripción
- Usted no necesita servicios comunitarios a largo plazo por más de 120 días
- A usted le han dado de baja involuntariamente de iCircle Care anteriormente, según se determine caso por caso.

Descripción de los Beneficios:

iCircle Care ofrece una amplia gama de servicios de atención a largo plazo y relacionados con la salud en el hogar, la comunidad y en centros de salud. Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de iCircle Care para otorgar los servicios. Estos servicios serán autorizados por iCircle Care siempre que sean médicamente necesarios. La necesidad médica significa servicios cubiertos que son necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar afecciones que causan sufrimiento agudo, ponen en peligro la vida, resultan en enfermedades o dolencias, interfieren con la capacidad de una persona para realizar actividades normales o amenazan con causar alguna discapacidad significativa.

Atención Médica Diurna Para Adultos	<p>La atención médica diurna para adultos es la atención y los servicios brindados en un centro de atención médica residencial o un sitio de extensión aprobado bajo la dirección médica de un médico a una persona con discapacidad funcional, que no está confinada en su hogar y que requiere ciertos elementos o servicios preventivos, de diagnóstico, terapéuticos, de rehabilitación o paliativos.</p> <p>La atención médica diurna para adultos incluye lo siguiente: servicios médicos, de enfermería, alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de ocio (que son un programa planificado de actividades diversas y significativas), servicios dentales, farmacéuticos y otros servicios auxiliares.</p>
Audiología/Audífonos	<p>Los servicios de audiolgía incluyen exámenes o pruebas audio métricas, evaluación de audífonos, evaluación de conformidad y prescripción o recomendaciones de audífonos, si están indicados.</p> <p>Los servicios de audífonos incluyen la selección, adaptación y distribución de audífonos, controles de los audífonos después de la distribución y reparaciones de estos. Los productos incluyen audífonos, moldes auditivos, baterías, adaptaciones especiales y piezas de repuesto.</p>
Administración de Cuidados	<p>Administración de Cuidados es un proceso que le ayuda a usted a acceder a los servicios cubiertos necesarios identificados en su plan de atención.</p> <p>Los servicios de Administración de Cuidados incluyen derivaciones médicas, asistencia o coordinación de servicios para ayudarle a usted a obtener los servicios médicos, sociales, educativos, psicológicos, financieros y otros servicios necesarios en apoyo del plan de atención, incluso si dichos servicios no están cubiertos por iCircle Care.</p>

Servicios de asistencia personal dirigidos al consumidor (CDPAS)	<p>Como parte de los servicios de Medicaid MLTC, usted puede ser elegible para autoadministrar su propia atención. CDPAS es un programa de atención personal especializado que permite a las personas mayores, personas con discapacidades o sus representantes designados que se autoadministran para reclutar, contratar, capacitar, supervisar y despedir al asistente personal de atención domiciliaria de su elección. iCircle Care ha contratado empresas intermediarias fiscales que brindan el apoyo necesario para administrar el programa, tal como facilitar el papeleo, la nómina, los beneficios y la administración. Si usted está interesado o desea obtener más información, hable con su equipo de Administración de Cuidados.</p>
Odontología	<p>La odontología incluye, entre otros, los servicios y suministros de atención dental preventiva, profiláctica y de otro tipo, los exámenes de rutina, la profilaxis, la cirugía oral y los aparatos protésicos y ortopédicos necesarios para aliviar una afección de salud grave, incluida una que afecte la empleabilidad. iCircle Care cubre coronas y endodoncias en determinadas circunstancias para que usted pueda conservar más dientes naturales. Además, las prótesis dentales de reemplazo y los implantes están cubiertos después de una recomendación de su dentista para determinar si son necesarios.</p> <p>Comuníquese con DentaQuest al 1-855-343-7343, sin cargo, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Para TTY/TDD, llame al 1-800-466-7566.</p>
Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) Prótesis y Órtesis	<p>El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prótesis, órtesis y calzado ortopédico • Fórmula enteral y parenteral • Pilas para audífonos <p>DME incluye dispositivos y equipos, distintos a los destinados a una condición médica protésica u ortopédica específica, que tienen las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede soportar el uso repetido durante un período prolongado de tiempo • Se utilizan principal y habitualmente con fines médicos • Generalmente no son útiles en ausencia de una enfermedad o lesión • Por lo general, no están adaptados, diseñados o confeccionados para el uso de un individuo en particular <p>Cuando el equipo está destinado a ser utilizado por un solo miembro, puede fabricarse a la medida o personalizarse.</p> <p>Continúa en la página siguiente</p>

Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) Prótesis y Órtesis	<p>Los suministros médicos/quirúrgicos son artículos para uso médico distintos a los medicamentos, aparatos o dispositivos protésicos u órtesis, equipos médicos duraderos o calzado ortopédico que tratan una condición médica específica y que generalmente son consumibles, no reutilizables, desechables, para un propósito específico y generalmente no tienen valor recuperable.</p> <p>Los aparatos y dispositivos protésicos son aparatos y dispositivos que reemplazan cualquier parte faltante del cuerpo. Los aparatos y dispositivos ortopédicos son aparatos y dispositivos que se utilizan para sostener un miembro del cuerpo débil o deformado o para restringir o eliminar el movimiento de una parte enferma o lesionada del cuerpo.</p> <p>El calzado ortopédico son zapatos, modificaciones de zapatos o complementos de zapatos que se utilizan para corregir, acomodar o prevenir una deformidad física o un mal funcionamiento del rango de movimiento en una parte enferma o lesionada del tobillo o el pie; para sostener una estructura débil o deformada del tobillo o el pie o para formar parte integral de un aparato ortopédico.</p> <p>La cobertura de Medicaid de fórmulas enterales y suplementos nutricionales está limitada a personas que no pueden obtener nutrición por ningún otro medio y a las tres condiciones siguientes: 1) personas que son alimentados por sonda nasogástrica, yeyunostomía o gastrostomía; 2) personas con trastornos metabólicos innatos poco frecuentes; 3) niños de hasta 21 años que requieren fórmulas nutricionales enterales líquidas orales cuando existe una condición diagnóstica documentada en la que los nutrientes calóricos y dietéticos de los alimentos no se pueden absorber o metabolizar. La cobertura de 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.</p>
Cuidados en el Hogar	<p>La atención en el hogar incluye los siguientes servicios preventivos, terapéuticos, de rehabilitación, de orientación en salud y/o de apoyo: enfermería, asistente de salud a domicilio, asistencia social médica, telesalud, fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla.</p>
Un asistente de salud en el hogar	<p>Un asistente de salud a domicilio es una persona que realiza tareas de atención médica bajo la supervisión de una enfermera registrada o un terapeuta autorizado y que también puede brindar asistencia con la higiene personal, las tareas del hogar y otras tareas de apoyo relacionadas para ayudar con las necesidades de atención médica en su hogar.</p>

Comidas entregadas a domicilio o en grupo	Comidas proporcionadas en apoyo de su plan de servicio centrado en la persona.
Cuidado en una residencia de Ancianos (Centro de Salud Residencial)	El Cuidado de Enfermería en Residencias de Ancianos es la atención que se le brinda a usted en un centro autorizado.
Cuidado en una residencia de Ancianos (Centro de Salud Residencial)	El Cuidado de Enfermería en Residencias de Ancianos es la atención que se le brinda a usted en un centro autorizado.
Servicios de enfermería	<p>Los servicios de enfermería incluyen servicios de enfermería intermitentes, a tiempo parcial y continuos proporcionados de acuerdo con el plan de tratamiento del médico solicitante, tal como se describe en la recomendación del médico.</p> <p>Los servicios de enfermería serán proporcionados por enfermeras tituladas y enfermeras profesionales con licencia de conformidad con la Ley de la Práctica de Enfermería. Los servicios de enfermería incluyen la atención que se le brinda directamente a usted y las instrucciones a su familia o cuidador sobre los procedimientos necesarios para su tratamiento o mantenimiento.</p>
Nutrición	<p>La evaluación de las necesidades nutricionales y los patrones alimentarios, o la planificación para el suministro de alimentos y bebidas apropiados para sus necesidades físicas y médicas y sus condiciones ambientales, o la provisión de educación y asesoramiento nutricional para satisfacer las necesidades normales y terapéuticas.</p> <p>Además, estos servicios pueden incluir la evaluación del estado nutricional y las preferencias alimentarias, la planificación para la provisión de una ingesta dietética adecuada dentro de su entorno hogareño y consideraciones culturales, educación nutricional sobre dietas terapéuticas como parte del entorno de tratamiento, desarrollo de un plan de tratamiento nutricional, evaluación y revisión regulares de los planes nutricionales y provisión de educación en servicio al personal de la agencia de salud, así como consulta sobre problemas dietéticos específicos y enseñanza nutricional para usted y su familia.</p> <p>Los servicios de nutrición deben ser proporcionados por un nutricionista calificado.</p>

Optometría/Lentes	La optometría incluye los servicios de un optometrista y un proveedor oftálmico, e incluye anteojos, lentes de contacto y lentes de policarbonato médicamente necesarios, ojos artificiales (de fábrica o hechos a medida) y dispositivos para baja visión. El optometrista puede realizar un examen de la vista para detectar defectos visuales y enfermedades oculares según sea necesario o según lo requiera la condición del afiliado. Los exámenes que incluyen refracción están limitados a cada 2 años a menos que se justifique de otra manera como médicamente necesarios.
Cuidado personal	El cuidado personal significa asistencia parcial o total con actividades tales como higiene personal, vestirse y alimentarse, y tareas de funciones de apoyo nutricional y ambiental.
Sistema de respuesta a emergencias personales (PERS)	PERS es un dispositivo electrónico que permite a ciertos miembros de alto riesgo obtener ayuda en caso de una emergencia física, emocional o ambiental. Actualmente, existen diversos sistemas de alerta electrónicos que emplean diferentes dispositivos de señalización. Estos sistemas suelen estar conectados a su teléfono y envían una señal a un centro de respuesta cuando se activa un botón de ayuda. En caso de emergencia, el centro de respuesta recibe la señal y actúa en forma apropiada.
Terapias físicas, ocupacionales, del habla y otras (Realizadas en el hogar o en un entorno ambulatorio)	<p>Los servicios de fisioterapia son servicios de rehabilitación proporcionados por un fisioterapeuta autorizado y registrado con el propósito de reducir al máximo la discapacidad física o mental y restaurar su mejor nivel funcional.</p> <p>Los servicios de terapia ocupacional son servicios de rehabilitación proporcionados por un terapeuta ocupacional autorizado y registrado con el propósito de reducir al máximo la discapacidad física o mental y restaurar su mejor nivel funcional.</p> <p>Los servicios de terapia del habla son servicios de rehabilitación proporcionados por un patólogo del habla y el lenguaje autorizado y registrado con el propósito de reducir al máximo la discapacidad física o mental y restaurar su mejor nivel funcional.</p>

Podología	<p>Podología significa los servicios prestados por un podólogo que incluyen el cuidado rutinario de los pies si una condición física representa un peligro debido a la presencia de una enfermedad localizada, lesión o síntomas que involucran el pie, o cuando se realizan según sea necesario y como parte integral de la atención médica, como el diagnóstico y tratamiento de diabetes, úlceras e infecciones.</p> <p>Limitaciones: El cuidado higiénico de rutina de los pies, el tratamiento de callos y durezas, el corte de uñas y otros cuidados higiénicos, como limpiar o remojar los pies, no están cubiertos en ausencia de una condición patológica.</p>
Enfermería Privada	Atención de enfermería continua y especializada proporcionada en su hogar o, bajo ciertas condiciones, en un hospital o hogar de ancianos, por un enfermero práctico autorizado o un profesional registrado debidamente autorizado.
Respiro	<p>Alivio planificado o de emergencia a corto plazo para cuidadores primarios no remunerados. Puede ser para brindar alivio emocional o físico o para brindar alivio a corto plazo mientras los cuidadores no estén disponibles. El cuidado de relevo es un servicio de 24 horas diseñado para brindar una combinación de servicios de cuidado personal y supervisión que normalmente brinda el cuidador no remunerado.</p> <p>Puede proporcionarse en el hogar o en un centro de enfermería especializada durante un máximo de 14 días por año móvil.</p>
Terapia respiratoria	<p>Terapia respiratoria significa la realización de técnicas y procedimientos preventivos, de mantenimiento y rehabilitación relacionados con las vías respiratorias, incluyendo la aplicación de gases médicos, humedad y aerosoles, presión positiva intermitente, ventilación artificial continua, la administración de medicamentos por inhalación y el manejo relacionado de las vías respiratorias, el cuidado del paciente, la instrucción de los pacientes y la prestación de servicios de consulta a otros trabajadores de salud.</p> <p>Los servicios de terapia respiratoria deben ser proporcionados por un terapeuta respiratorio calificado.</p>
Apoyos sociales y ambientales	<p>Servicios y artículos que respaldan sus necesidades médicas y están incluidos en su Plan de Servicio Centrado en la Persona .</p> <p>Estos servicios y artículos incluyen tareas de mantenimiento, servicios de limpieza y mantenimiento del hogar, mejoras de la vivienda y cuidados paliativos.</p>

Guardería social	Un programa estructurado que brinda a las personas con discapacidades funcionales de socialización, supervisión, control y nutrición en un entorno protector durante cualquier parte del día, pero por un período inferior a 24 horas. Los servicios adicionales pueden incluir, entre otros, el mantenimiento y la mejora de las habilidades de la vida diaria, el mantenimiento del cuidado personal, el transporte, la asistencia de los cuidadores y la coordinación y asistencia de casos.
Telesalud	<p>Los servicios prestados mediante Telesalud utilizan tecnologías de información y comunicación electrónica para brindar servicios de atención médica por parte de proveedores de telesalud.</p> <p>Estos servicios incluyen la evaluación, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, la administración de la atención y/o la autoadministración del afiliado.</p> <p>Los proveedores de telesalud pueden incluir, entre otros, médicos, asistentes médicos, dentistas, enfermeras practicantes, enfermeras profesionales registradas, podólogos, optometristas, psicólogos, trabajadores sociales, patólogos del habla y el lenguaje, audiólogos, educadores certificados en diabetes, hospitales, agencias de atención domiciliar u hospicios.</p>

Servicios No Cubiertos

Los siguientes son ejemplos de servicios que no están cubiertos por iCircle Care:

- Servicios médicos
- Transporte
- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Servicios de laboratorio
- Servicios de radiología y radioisótopos
- Servicios de clínicas de salud rurales
- Diálisis renal crónica
- Servicios de salud mental
- Servicios para el abuso de alcohol y sustancias
- Servicios de la Oficina para personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD, por sus siglas en inglés)
- Servicios de planificación familiar
- Medicamentos con y sin receta

Programación de transporte médico que no sea de emergencia

A partir del 1 de marzo de 2024, iCircle Care ya no cubrirá el transporte que no sea de emergencia como parte de los beneficios de su plan. Los servicios de transporte médico que no sean de emergencia para los miembros inscritos en iCircle Care, un plan de capitación parcial, ahora serán organizados por el Agente de Transporte Estatal del Departamento de

Salud del Estado de Nueva York, conocido como Medical Answering Services (MAS). Esto no cambiará ninguno de sus otros beneficios médicos.

Para coordinar el transporte médico que no sea de emergencia a partir del 1 de marzo de 2024, usted o su proveedor deben comunicarse con MAS en <https://www.medanswering.com/> o llamar al 844-666-6270 (En el sur del estado) o al 866-932-7740 (En el norte del estado). Si es posible, usted o su proveedor médico deben comunicarse con MAS por lo menos tres días antes de su cita médica y proporcionar los detalles de su cita (fecha, hora, dirección y nombre del proveedor) y también con su número de identificación de Medicaid.

Para obtener más información sobre estos servicios, visite la página web de Transporte del Departamento de Salud.

(https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/members/medtrans_overview.htm)

Si usted tiene alguna pregunta sobre si un servicio está cubierto por iCircle Care, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros llamando al **1-844-MY-ICARE (694-2273)** o marcando **TTY/TDD:711**.

Tarjeta de Identidad (ID)



Todos los miembros de iCircle Care recibirán una tarjeta de identificación que usted deberá llevar consigo en todo momento. Usted utilizará la tarjeta de identificación de miembro para acceder a los servicios cubiertos por iCircle Care y para demostrar que usted es miembro de iCircle Care.


Una vez que usted reciba su tarjeta de identificación, debe confirmar que toda la información que contiene la tarjeta es correcta. En caso de que la información sea incorrecta, que no haya recibido su tarjeta de identificación o que la haya perdido, debe comunicarse con nuestro Departamento de Servicios para Miembros llamando al 1-844-MY-ICARE (694-2273) o marcando TTY/TDD:711.

Si usted está cubierto por Medicare y/o tiene un seguro privado, usted continuará teniendo la cobertura a través de esos programas y deberá llevar todas sus tarjetas de identificación, incluyendo su tarjeta de beneficios de Medicaid.

En el caso de una emergencia, no es necesario que usted presente su tarjeta de identificación de iCircle Care para obtener atención de emergencia y debe llamar al 911 o de inmediato ir a la sala de emergencias más cercana.

A continuación se muestra un modelo de tarjeta de identificación que muestra cómo lucirá su tarjeta.

iCircle Managed Long Term Care 	
Member Name: SMITH, JOHN	
Coverage Effective Date: MM/DD/YYYY	
Member ID: AB12345C	
<small>For Members: Prior Authorization is required for certain services. Please consult your member handbook or contact your Care Manager for further assistance.</small>	
Member Services: 1-844-MY iCare (694-2273)	
TTY/TDD: 711	
www.icirclecny.org	
	

iCircle Managed Long Term Care 	
Providers Submit all claims to:	
iCircle MLTC	
PO Box 1320	
Webster, NY 14580	
VisibiliEDI Submitter ID: ICRCL	
Provider Inquiry Claims	1-844-283-2884
DentaQuest Member Services	1-855-343-7343
TTY/TDD	711

Transferencias

Si desea usted transferirse a otro plan de Medicaid de MLTC

Puede probarnos durante 90 días. Puede abandonar iCircle Care y unirse a otro plan de salud en cualquier momento durante ese período. Si usted no abandona iCircle Care en los primeros 90 días, deberá permanecer en iCircle Care durante nueve meses más, a menos que usted tenga una buena razón (buena causa) para abandonarla. Algunos ejemplos de una Buena Causa incluyen:

- Que se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Que usted, el plan y el Departamento de Servicios Sociales de su condado o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York están de acuerdo en que dejar iCircle Care es lo mejor para usted.
- Que su proveedor de atención domiciliaria actual no trabaja con nuestro plan.
- No hemos podido proporcionarle a usted los servicios exigidos bajo nuestro contrato con el Estado.

Si usted califica, puede cambiar a otro tipo de plan de atención a largo plazo administrado como Medicaid Advantage Plus (MAP) o Programas de atención integral para personas mayores (PACE) en cualquier momento sin una buena causa.

Para cambiar de plan: Llame a New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678. Los asesores de New York Medicaid Choice pueden ayudarle a cambiar de plan de salud.

Su inscripción en un nuevo plan podría demorar entre dos y seis semanas en activarse. Usted recibirá un aviso de New York Medicaid Choice informándole la fecha en que estará inscrito en su nuevo plan. iCircle Care le estará dando la atención que usted necesite hasta entonces.

Llame a New York Medicaid Choice si usted necesita solicitar una acción más rápida debido a que el tiempo que se lleva transferir los planes puede ser perjudicial para su salud. Usted también podrá solicitarles una acción más rápida si le ha dicho a New York Medicaid Choice que no aceptó inscribirse en iCircle Care.

CÓMO ACCEDER A SUS BENEFICIOS DE ATENCIÓN ICIRCLE CARE

Red de atención iCircle Care

Usted debe obtener todos los servicios cubiertos por iCircle Care de un proveedor dentro de la red de proveedores de iCircle Care. Se le debe haber proporcionado a usted una copia del Directorio de Proveedores al momento de su inscripción. Si usted necesita una copia del Directorio de Proveedores de iCircle Care, desea una copia adicional o necesita ayuda para seleccionar un proveedor de la red, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al Departamento de Servicios para Miembros llamando al **1-844-MY-iCARE (694-2273) o marcando TTY/TDD:711**. También puede usted ver y descargar una lista completa de todos los proveedores en línea en aticirclecarecny.org.

Atención de Emergencia

No se necesita autorización previa para atención de emergencia. Usted debe informar a su médico y a su administrador de atención de iCircle lo antes posible después de recibir atención de emergencia para que pueda actualizar su historial médico y organizar cualquier atención de seguimiento posterior a la emergencia.

Una condición de emergencia significa una condición médica o de comportamiento, cuyo inicio es repentino, que se manifiesta por síntomas de suficiente gravedad, incluido un dolor intenso, que lo llevaría a creer que la condición, enfermedad o lesión es de tal naturaleza que no obtener atención médica inmediata podría a) poner en peligro grave la salud de la persona afectada con dicha afección o, en el caso de una afección conductual, poner en peligro la salud de dicha persona u otras personas, b) causar un daño grave al cuerpo de dicha persona funciones, c) causar una disfunción grave de cualquier órgano corporal o parte de dicha persona, o d) causar una desfiguración grave de dicha persona.

Algunos ejemplos de emergencias incluyen:

- Un ataque cardíaco o un dolor intenso en el pecho
- Dificultad para respirar
- Sangrado que no se detiene
- Una quemadura grave
- Huesos rotos
- Convulsiones
- Cuando usted siente que podría lastimarse a sí mismo o a otros
- Pérdida de conciencia
- Si usted está embarazada y tiene dolor, sangrado, fiebre o vómitos

Ejemplos de situaciones que no son emergencias son resfriados, dolor de garganta, malestar estomacal, cortadas y moretones menores o distensiones musculares.

Si usted está Hospitalizado

Si usted está hospitalizado, un familiar, amigo o representante debe comunicarse con iCircle Care dentro de las 24 horas posteriores a su ingreso. Su administrador de atención puede reprogramar cualquier servicio planificado que usted pueda perder durante ese tiempo o comenzar a realizar los cambios necesarios en su plan de atención. Si usted está en el hospital, pídale a su médico de atención primaria o al planificador de alta del hospital que se comuniquen con iCircle Care. Trabajaremos con ellos para planificar su atención después de que lo den de alta del hospital.

Atención Fuera del Área de Servicio

Si usted tiene previsto estar fuera del área de servicio durante un período prolongado, comuníquese con su administrador de atención lo antes posible para que se puedan organizar los suministros u otros servicios necesarios para usted. Por favor informe a su Administrador de Atención por lo menos con una semana de anticipación para que pueda ayudarlo.

Tenga usted en cuenta que es posible que lo den de baja si abandona el área de servicio durante más de 30 días consecutivos. Si usted tiene una emergencia (consulte la sección de Atención de Emergencia de este manual), vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. La cobertura de emergencia es parte de su cobertura médica primaria en por ejemplo, Medicaid o Medicare.

CUIDADO TRANSICIONAL

Los nuevos miembros de iCircle Care que califiquen pueden continuar un tratamiento en curso durante un período de transición de hasta 90 días calendario a partir de la fecha de vigencia de la inscripción con un proveedor de atención médica fuera de la red, siempre que dicho proveedor (a) acepte el pago a una tarifa acordada con iCircle Care, (b) se adhiera a los requisitos de garantía de calidad y otras políticas y procedimientos de iCircle Care, y (c) proporcione la información médica necesaria a iCircle Care sobre la atención que se le está brindando.

Además, los miembros de iCircle Care que califiquen pueden continuar un tratamiento en curso durante un período de transición de hasta 90 días calendario a partir de la fecha de vigencia de la inscripción con un proveedor de atención médica fuera de la red, siempre que dicho proveedor (a) acepte el pago a una tarifa acordada con iCircle Care, (b) se adhiera a los requisitos de garantía de calidad y otras políticas y procedimientos de iCircle Care, y (c) proporcione la información médica necesaria a iCircle Care sobre la atención que se le está brindando.

Si usted está haciendo la transición de Medicaid con pago por servicio a MLTC, debe continuar recibiendo servicios bajo su plan de servicios preexistente durante al menos 90 días después de la inscripción o hasta que el plan haya completado una evaluación de atención, lo que ocurra más tarde. iCircle Care emitirá un aviso de acción para cualquier restricción, reducción, suspensión o terminación de los servicios autorizados. Si usted no está de acuerdo con la determinación del plan, tiene derecho a una audiencia imparcial y una apelación externa y a que los servicios autorizados continúen cuando solicite una audiencia imparcial.

AUTORIZACIONES DE SERVICIO Y REQUISITOS DE ACCIÓN

Autorización de Servicio

Su Administrador de Atención trabajará con usted, con su familia y su(s) proveedor(es) de atención médica para determinar los servicios que necesita. Luego, su Administrador de Atención autorizará los servicios y hará las derivaciones médicas a la red de proveedores participantes de iCircle Care. Los servicios que usted está autorizado a recibir de la red de proveedores de iCircle Care se incluirán en su plan de servicios centrado en la persona y se le brindarán sin costo alguno. Si usted recibe una factura por un servicio en esta situación, debe comunicarse con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-MY-iCARE (694-2273) o marcando TTY/TDD: 711. Usted sí puede ser responsable de pagar los servicios que no están cubiertos o que no están autorizados por iCircle Care o que el servicio lo haya proporcionado un proveedor que no está en la red de proveedores de iCircle Care.

Si en algún momento usted siente que necesita un determinado servicio que sí está cubierto, usted o su proveedor puede solicitar a su nombre la autorización para el servicio mediante una solicitud verbal o escrita a su Administrador de Atención llamando al **1-844-MY-iCARE (694-2273) o marcando TTY/TDD: 711**, o enviando un aviso por escrito a 860 Hard Road, Webster, NY 14580.

Cuando usted solicita la aprobación de un tratamiento o servicio, se denomina una solicitud de autorización de servicio. Para obtener **una solicitud de autorización de servicio**, usted o su médico pueden llamar a iCircle Care. Los servicios se autorizarán por una cantidad determinada y durante un período específico. Esto se denomina como el período de autorización.

Para obtener una autorización de servicio, usted debe hacer que su proveedor envíe una solicitud de autorización de servicio a 860 Hard Road, Webster, NY 14580, **1-844-MY-iCARE (694-2273) o marcando TTY/TDD:711.**

Revisión de Autorización Previa

La revisión de una solicitud suya, o de un proveedor en su nombre, para la cobertura de un nuevo servicio (ya sea para un nuevo período de autorización o dentro de un período de autorización existente) o una solicitud para cambiar un servicio según lo determinado en el Plan de Servicio Centrado en la Persona para un nuevo período de autorización, antes de que dicho servicio se le proporcione.

Revisión Concurrente

Revisión de una solicitud suya, o de un proveedor en su nombre, para servicios adicionales (es decir, más de lo mismo) que actualmente están autorizados en el Plan de Servicio Centrado en la Persona o para servicios de atención médica domiciliaria cubiertos por Medicaid después de una admisión como paciente internado.

Revisión Acelerada

Usted debe recibir una revisión acelerada de su Solicitud de Autorización de Servicio cuando el plan determine o un proveedor indique que una demora pondría en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar las funciones máximas. Usted puede solicitar una revisión acelerada de una Autorización Previa o de una Revisión Concurrente. Las apelaciones de las acciones resultantes de una revisión concurrente deben manejarse de manera acelerada.

Disposiciones generales

Cualquier acción tomada por el Contratista con respecto a la necesidad médica o servicios experimentales o de investigación debe ser realizada por un revisor clínico par según lo definido por PHL §4900(2)(a).

Las determinaciones adversas, que no sean aquellas relacionadas con la necesidad médica o los servicios experimentales o de investigación, deben ser realizadas por un profesional de la salud autorizado, certificado o registrado cuando dicha determinación se base en una evaluación de su estado de salud o en la idoneidad del nivel, la cantidad o el método de prestación de la atención. Este requisito se aplica a las determinaciones que niegan reclamaciones porque los servicios en cuestión no son un beneficio cubierto cuando la cobertura depende de una evaluación de su estado de salud, y a los Solicitudes de Autorización de servicio que incluyen, entre otros: a los servicios incluidos en el Paquete de Beneficios, derivaciones médicas y servicios fuera de la red.

El plan debe notificarle a usted sobre la disponibilidad de asistencia (para problemas de lenguaje, audición, habla) si desea presentar una apelación y cómo acceder a esa asistencia.

El Contratista utiliza el modelo MLTC Determinación adversa inicial y Acción MLTC 4687 del Departamento.

Una vez que iCircle Care reciba la solicitud, el plan la revisará de acuerdo con un proceso estándar o acelerado. Usted debe recibir una revisión acelerada si nosotros o su médico le indicamos que una demora podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar sus funciones máximas. Si se rechaza su solicitud de revisión acelerada, el plan se lo informará y la solicitud se procesará de acuerdo con el proceso de revisión estándar.

En todos los casos, se revisará tan pronto como lo requiera su condición médica, pero no más tarde de lo que se menciona a continuación. iCircle Care le informará a usted y a su proveedor, tanto por teléfono como por escrito, si su solicitud se aprueba o se rechaza. También se le informará a usted el motivo de la decisión. Se le informará qué opciones que usted tiene para hacer apelaciones o audiencias imparciales si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Plazos para la Determinación y Notificación de la Autorización de Servicio

1. Para solicitudes de Autorización Previa, el Contratista debe hacer una Determinación de Autorización de Servicio y notificarle a usted sobre la determinación por vía telefónica y por escrito tan pronto como su condición lo requiera y no más de:
 - a. Expeditado: Setenta y dos (72) horas después de recibir la Solicitud de Autorización de Servicios.
 - b. Estándar: Catorce (14) días después de recibir la Solicitud de Autorización de Servicio.
2. Para las solicitudes de revisión concurrentes, el contratista debe hacer una Determinación de Autorización de Servicio y notificarle a usted la determinación por teléfono y por escrito tan rápido como lo requiera su condición y no más de:
 - a. Expeditado: Setenta y dos (72) horas a partir de la recepción de la Solicitud de Autorización de Servicios.
 - b. Estándar: Catorce (14) días a partir de la recepción de la Solicitud de Autorización de Servicio.
 - c. En el caso de una solicitud de servicios de atención médica domiciliaria cubiertos por Medicaid después de una admisión por impaciencia, un (1) día hábil después de la recepción de la información necesaria; excepto cuando el día posterior a la Solicitud de Autorización de Servicio caiga en fin de semana o feriado, en cuyo caso setenta y dos (72) horas después de la recepción de la información necesaria; pero en cualquier caso, no más de tres (3) días hábiles después de la recepción de la Solicitud de Autorización de Servicio.
3. Prórroga de hasta catorce (14) días calendario. Usted o su proveedor pueden solicitar la extensión en su nombre (por escrito o verbalmente). El plan también puede iniciar una extensión si puede justificar la necesidad de información adicional y si la extensión es de su interés. En todos los casos, el motivo de la extensión debe estar bien documentado.

- a. El Plan MLTC debe notificarle a usted acerca de una extensión iniciada por el plan de la fecha límite para la revisión de su solicitud de servicio. El Plan MLTC debe explicar el motivo de la demora y cómo la demora es lo mejor para usted. El Plan MLTC debe solicitar cualquier información adicional necesaria para ayudar a tomar una determinación o una determinación adicional, y ayudarle enumerando las posibles fuentes de la información solicitada.
- 4. Su proveedor puede apelar la decisión: consulte Procedimientos de apelación.
- 5. Si el plan rechazó su solicitud de una revisión acelerada, el plan la manejará como si fuera una revisión estándar.
 - a. El Contratista debe notificarle a usted si se rechaza su solicitud de revisión acelerada y que su solicitud de servicio será revisada en el plazo estándar.

Otros plazos para avisos de acción

- 1. Cuando el Contratista pretende restringir, reducir, suspender o terminar un servicio previamente autorizado dentro de un período de autorización, ya sea como resultado de una Determinación de Autorización de Servicio u otra Acción, debe proporcionarle un aviso por escrito al menos diez (10) días antes de la fecha efectiva de la Acción prevista, excepto cuando:
 - a. el período de notificación anticipada se reduce a cinco (5) días en casos de fraude confirmado por el Afiliado; o
 - b. el Contratista podrá enviar por correo un aviso a más tardar en la fecha de la Acción para lo siguiente:
 - i. la muerte del Afiliado;
 - ii. una declaración escrita firmada por el Afiliado en la que solicita la finalización del servicio o que proporciona información que requiere la terminación o reducción de los servicios (cuando el Afiliado entiende que esto será el resultado por haber suministrado esa información);
 - iii. la admisión por parte del Afiliado a una institución donde el Afiliado ya no es elegible para recibir más servicios;
 - iv. se desconoce la dirección del Afiliado y el correo dirigido al Afiliado ha sido devuelto indicando que no hay una dirección para el reenvío;
 - v. el Afiliado ha sido aceptado para los servicios de Medicaid por otra jurisdicción; o
 - vi. el médico del Afiliado prescribe un cambio en el nivel de su atención médica.
 - c. Para Cuidado a Largo Plazo Basado en la Comunidad y Servicio y Soporte Institucional a Largo Plazo (ILTSS, por sus siglas en inglés), cuando el Contratista tenga la intención de reducir, suspender o terminar un servicio previamente autorizado, o emitir una autorización por un nuevo período que sea menor en nivel o cantidad que el previamente autorizado, debe proporcionarle un aviso por escrito al menos diez (10) días antes de la fecha de vigencia de la Acción prevista, independientemente de la fecha de vencimiento del período de autorización original, excepto en las circunstancias descritas en 1(a)-(b);
 - i. Para Cuidado a Largo Plazo Basado en la Comunidad y Servicio y Soporte Institucional a Largo Plazo, cuando el Contratista tenga la intención de reducir, suspender o terminar un servicio previamente autorizado, o emitir una autorización por un nuevo período que sea menor en nivel o cantidad que el previamente autorizado, el Contratista no fijará la fecha de vigencia

de la Acción en un día no hábil, a menos que el Contratista proporcione cobertura telefónica "en vivo" disponible las veinticuatro (24) horas, los siete (7) días de la semana para aceptar y responder Quejas, Apelaciones de Quejas y Apelaciones de Acciones;

- d. El Contratista debe enviarle por correo una notificación por escrito en la fecha de la Acción cuando la Acción sea una denegación de pago, en su totalidad o en parte;
- e. Cuando el Contratista no llega a una determinación dentro de los plazos de Determinación de Autorización de Servicio descritos en este Apéndice, se considera una Determinación Adversa y el Contratista debe enviarle una notificación de Acción en la fecha en que expire el plazo.

QUEJAS Y APELACIONES

iCircle Care hará todo lo posible para resolver sus inquietudes o problemas lo más rápido posible y a su satisfacción. Usted puede utilizar nuestro proceso de quejas o nuestro proceso de apelaciones, según el tipo de problema que tenga.

No habrá cambios en sus servicios ni en la forma en que lo trata el personal de iCircle Care o un proveedor de atención médica debido a que presente una queja o apelación. Mantendremos su privacidad. Le brindaremos toda la ayuda que pueda necesitar para presentar una queja o apelación. Esto incluye brindarle servicios de interpretación o ayuda si usted tiene problemas de visión y/o audición. Usted podrá elegir a alguien (tal como un pariente, un amigo o un proveedor) para que actúe por usted.

Para presentar una queja o para apelar una acción del plan, por favor llame al: 1-855-775-3778 (TTY/TDD:711) o escriba a 860 Hard Rd, Webster, NY 14580. Cuando se comunique con nosotros, usted deberá brindarnos su nombre, dirección, número de teléfono y los detalles del problema.

¿Qué es una queja?

Una Queja es cualquier comunicación que usted nos haga mencionando su inconformidad con respecto al cuidado y el trato que ha recibido por parte de nuestro personal o de proveedores por los servicios médicos cubiertos. Por ejemplo, si alguien fue grosero con usted o no le gustó la calidad de la atención o de los servicios que recibió de nosotros, puede presentar una queja ante nosotros.

El Proceso de la Queja

Usted puede presentar una queja con nosotros verbalmente o por escrito. La persona que recibe su queja la registrará y el personal del plan correspondiente 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 a usted una respuesta por escrito dentro de uno de los dos plazos disponibles.

1. Si una demora aumenta significativamente los riesgos 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 7 días posteriores a la recepción de la queja.

2. Para todos los demás tipos de quejas, le notificaremos a usted nuestra decisión dentro de los cuarenta y cinco (45) días posteriores a la recepción de la información necesaria, pero el proceso debe completarse dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la queja.

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

¿Cómo puedo apelar la decisión de una queja?

Si usted no está satisfecho con la decisión que tomamos con respecto a su queja, puede solicitar una segunda revisión de su queja presentando una apelación de queja. Usted tendrá que presentar una apelación de su queja por escrito. La apelación debe presentarse dentro de los 60 días hábiles posteriores a la recepción de nuestra decisión inicial sobre su queja. Cuando usted solicite una Apelación de Queja, o poco después, deberá proporcionarnos:

- Su nombre y dirección
- Número de inscrito
- Motivo(s) por la apelación
- Cualquier información que usted desea que revisemos para respaldar su queja, tal como registros médicos, cartas de médicos u otra información que explique por qué no está de acuerdo con nuestra respuesta.

Proporcionémos su información por teléfono, fax, correo electrónico, correo postal, en línea o en persona:

Teléfono.....	1-844-694-2273
Fax.....	1-888-519-2816
Correo electrónico.....	info@icirclecny.org
Correo.....	860 Hard Road Webster, NY 14580
En persona.....	860 Hard Road Webster, NY 14580

Usted puede llamar a la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN, Independent Consumer Advocacy Network) para obtener asesoramiento gratuito e independiente sobre su cobertura, quejas y opciones de apelación. Ahí le podrán ayudar a administrar su proceso de apelación. Póngase en contacto con ICAN para obtener más información sobre los servicios que ofrecen:

Teléfono: 1-844-614-8800 ((Servicio de retransmisión TTY: 711)

Sitio web: www.icannys.org | Email: ican@cssny.org

Una vez que recibamos su apelación, le enviaremos a usted un acuse de recibo por escrito indicando el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que hemos designado para responder a su apelación. Todas las apelaciones de quejas serán realizadas por profesionales adecuados, incluidos profesionales de la salud para quejas que involucren cuestiones clínicas, que no hayan participado en la decisión inicial.

En el caso de las apelaciones estándar, tomaremos la decisión sobre la apelación dentro de los treinta (30) días hábiles posteriores a la recepción de toda la información necesaria para tomar nuestra decisión. Si una demora en la toma de nuestra decisión aumentaría significativamente el riesgo para su salud, utilizaremos el proceso acelerado de apelación de quejas. En el caso de las apelaciones aceleradas de quejas, tomaremos nuestra decisión

sobre la apelación dentro de los dos (2) días hábiles posteriores a la recepción de la información necesaria. Para las apelaciones de quejas estándar y aceleradas, le proporcionaremos un aviso por escrito de nuestra decisión. La notificación incluirá las razones detalladas de nuestra decisión y, en los casos que involucren cuestiones clínicas, la justificación clínica de nuestra decisión.

Otra ayuda: Puede presentar una queja sobre su atención administrada en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-866-712-7197

¿Qué es una Acción?

Cuando iCircle Care niegue o limite los servicios solicitados por usted o su proveedor; le niega una solicitud de derivación médica; decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; restringe, reduce, suspende o finaliza servicios que ya han sido autorizados; niega el pago de servicios; no proporciona servicios oportunos; o no toma decisiones sobre quejas o apelaciones dentro de los plazos requeridos, todas se consideran "acciones" del plan. Una acción está sujeta a apelación. (Ver ¿Cómo Debo Presentar una Apelación de una Acción?)

Plazos para una Notificación de una Acción

Si decidimos denegar o limitar los servicios que usted solicitó o si decidimos no pagar la totalidad o una parte de un servicio cubierto, le enviaremos un aviso. Si proponemos restringir, reducir, suspender o terminar un servicio autorizado, nuestra carta se enviará al menos 10 días antes de que tengamos la intención de cambiar el servicio.

El Contenido de un Aviso de Acción

Cualquier aviso que le enviemos sobre una acción:

- Explicará la acción que hemos tomado o tenemos la intención de tomar;
- Informará las razones de la acción, incluida la justificación clínica, si la hubiera;
- Describirá su derecho a presentar una apelación con nosotros (incluso si usted también puede tener derecho al proceso de apelación externa del Estado);
- Describirá cómo presentar una apelación interna y las circunstancias bajo las cuales usted puede solicitar que avancemos (aceleremos) nuestra revisión de su apelación interna;
- Describirá la disponibilidad de los criterios de revisión clínica en los que se basó para tomar la decisión, si la acción involucraba cuestiones de necesidad médica o si el tratamiento o servicio en cuestión era experimental o de investigación;
- Describirá la información, si corresponde, que usted y/o su proveedor deben proporcionar para que podamos tomar una decisión sobre la apelación.

Si estamos restringiendo, reduciendo, suspendiendo o terminando un servicio autorizado, el aviso también le informará sobre su derecho a que los servicios continúen mientras decidimos sobre su apelación; cómo solicitar que se continúen los servicios; y las circunstancias bajo las cuales usted podría tener que pagar por los servicios si continúan mientras revisamos su apelación.

¿Cómo Debo Presentar una Apelación de una Acción?

Si usted no está de acuerdo con una acción que hemos tomado, puede apelar. Cuando usted presenta una apelación, significa que debemos volver a analizar el motivo de nuestra acción para decidir si estábamos en lo correcto. Usted puede presentar una apelación de una acción con el plan en forma oral o por escrito. Cuando el plan le envía a usted una carta sobre alguna medida que está tomando (tal como negar o limitar los servicios, o no pagarlos), usted deberá presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha de nuestra carta que le notifica de la acción.

¿Cómo Contacto a mi Plan Para Presentar Una Apelación?

Puede comunicarse con nosotros llamando al **1-855-775-3778** o marcando **TTY/TDD:711** o escribiendo a 860 Hard Road, Webster, NY 14580. La persona que reciba su apelación la registrará y el personal correspondiente supervisará la revisión de la apelación. Le enviaremos una carta informándole que recibimos su apelación e incluiremos una copia del archivo de su caso que incluye registros médicos y otros documentos usados para la toma de la decisión original. Su apelación será revisada por personal clínico competente que no estuvo involucrado en la decisión o en la acción inicial del plan que usted está apelando.

Para algunas acciones, usted puede solicitar que se continúe el servicio durante el Proceso de Apelación

Si usted está apelando una restricción, reducción, suspensión o terminación de servicios que actualmente está autorizado a recibir, puede solicitar continuar recibiendo estos servicios mientras se decide su apelación. Debemos continuar otorgándole servicios si usted realiza su solicitud a más tardar 10 días después de la fecha en el aviso sobre la restricción, reducción, suspensión o terminación de los servicios o la fecha de vigencia prevista de la acción propuesta, lo que ocurra después.

Sus servicios continuarán hasta que usted retire la apelación, o hasta 10 días después de que le enviemos por correo su aviso sobre nuestra decisión de apelación, si nuestra decisión no es a su favor, a menos que haya solicitado una audiencia imparcial de Medicaid del estado de Nueva York de la continuación de los servicios. (Ver la Sección de Audiencia Imparcial.)

Aunque usted puede solicitar una continuación de los servicios mientras su apelación está bajo revisión, si la apelación no se decide a su favor, podemos solicitarle que pague por estos servicios si se brindaron solo porque usted solicitó continuar recibéndolos mientras se revisaba su caso.

¿Cuánto tiempo le tomará al plan para decidir mi apelación de una acción?

Solamente si usted solicita una revisión acelerada, revisaremos su apelación de la acción tomada por nosotros como una apelación estándar y le enviaremos una decisión por escrito tan pronto como su condición de salud lo requiera, pero no más tarde que 30 días a partir del día en que recibamos una apelación. (El período de revisión puede aumentarse hasta 14

días si usted solicita una extensión o necesitamos más información y la demora es en su interés). Durante nuestra revisión, tendrá la oportunidad de presentar su caso en persona y por escrito. Usted también tendrá la oportunidad de ver cualquiera de sus propios registros que forman parte de la revisión de la apelación.

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

Si reversionos nuestra decisión de denegar o limitar los servicios solicitados, o restringir, reducir, suspender o cancelar los servicios, y los servicios no se proporcionaron mientras su apelación estaba pendiente, le proporcionaremos los servicios en disputa tan pronto como lo requiera su condición de salud. En algunos casos, usted puede solicitar una apelación "acelerada". (Consulte la Sección del Proceso de Apelación Acelerada).

Proceso de Apelación Acelerado

Si usted o su proveedor de servicios médicos consideran que tomarse el tiempo para una apelación estándar podría resultar en un problema grave para su salud o su vida, usted puede solicitar una revisión acelerada de su apelación de la Acción. Le responderemos a usted con nuestra decisión dentro de 2 días hábiles. En ningún caso el tiempo para emitir nuestra decisión será mayor a 3 días hábiles después de que recibamos su apelación. (El período de revisión se puede aumentar hasta 14 días si usted solicita una extensión o si necesitamos más información y la demora es de su interés).

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

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

Si nuestra decisión sobre su apelación no es totalmente a su favor, el aviso que usted recibirá le explicará su derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid del estado de Nueva York y cómo obtener una audiencia imparcial, quién puede comparecer en la audiencia imparcial en su nombre, y para algunas apelaciones, su derecho a solicitar recibir servicios mientras la audiencia está pendiente y cómo realizar la solicitud.

Nota: Usted deberá solicitar una audiencia imparcial dentro de los 120 días calendario posteriores a la fecha del Aviso de determinación adversa final.

Si denegamos su apelación debido a problemas de necesidad médica o porque el servicio en cuestión fue experimental o de investigación, el aviso también le explicará cómo solicitar al Estado de Nueva York una "Apelación Externa" sobre nuestra decisión.

Audiencias Estatales Justas

Si no decidimos la apelación totalmente a su favor, usted puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid del estado de Nueva York dentro de los 120 días posteriores a la fecha en que le enviamos el aviso sobre nuestra decisión sobre su apelación.

Si su apelación involucró la restricción, reducción, suspensión o terminación de los servicios autorizados que usted está recibiendo actualmente y ha solicitado una audiencia imparcial, usted continuará recibiendo estos servicios mientras espera la decisión de la audiencia

imparcial. Su solicitud de Audiencia Imparcial debe realizarse dentro de los 10 días posteriores a la fecha en que enviamos la decisión de la apelación o antes de la fecha efectiva prevista de nuestra acción para restringir, reducir, suspender o terminar sus servicios, lo que ocurra después.

Sus beneficios continuarán hasta que usted retire la Audiencia Imparcial; o el Funcionario de Audiencia Imparcial del Estado emita una decisión de audiencia que no sea a su favor, lo que ocurra primero. Si la Audiencia Imparcial del Estado revierte nuestra decisión, debemos asegurarnos de que usted recibirá los servicios en disputa de inmediato y tan pronto como su condición de salud lo requiera, pero no más tarde que 72 horas a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de la Audiencia Imparcial. Si usted recibió los servicios en disputa mientras su apelación estaba pendiente, seremos responsables del pago de los servicios cubiertos ordenados por la audiencia imparcial.

Si bien usted puede solicitar continuar con los servicios mientras espera la decisión de su Audiencia Justa, si la Audiencia Justa no se decide a su favor, usted puede ser responsable de pagar los servicios que fueron el objeto de la Audiencia Justa.

Usted puede presentar una Audiencia Estatal Justa comunicándose con la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados:

- Formulario de solicitud en línea:
<http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
 - Envíe por correo un formulario de solicitud imprimible:
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023
 - Envíe por Fax un formulario de solicitud imprimible: (518)473-6735
 - Solicitud por teléfono:
- Línea de audiencia imparcial estándar:
1 (800) 342-3334
Línea de audiencia imparcial de emergencia: 1 (800) 205-0110
Línea TTY –711 (solicite que el operador llame al 1 (877) 502-6155)
- Solicitud en persona:
Ciudad de Nueva York
14 Boerum Place, 1er Piso
Brooklyn, New York 11201
Para obtener más información sobre cómo solicitar una audiencia imparcial, visite:
<http://otda.ny.gov/hearings/request/>

Apelaciones Externas al Estado

Si denegamos su apelación porque determinamos que el servicio no es médicamente necesario o es experimental o de investigación, usted puede solicitar una apelación externa al estado de Nueva York. La apelación externa la deciden revisores que no trabajan para nosotros ni para el estado de Nueva York. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el estado de Nueva York. Usted no tiene que pagar por una apelación externa.

Cuando tomamos la decisión de rechazar una apelación por falta de necesidad médica o sobre la base de que el servicio es experimental o de investigación, le proporcionaremos información sobre cómo presentar una apelación externa, incluyendo un formulario para presentar la apelación externa, junto con nuestra decisión de rechazar una apelación. Si usted desea una apelación externa, debe enviar el formulario al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York en un plazo de cuatro meses a partir de la fecha en que denegamos su apelación.

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

Usted puede obtener una decisión más rápida si su médico puede decirle que una demora causará un daño grave a su salud. Esto se denomina como una apelación externa acelerada. El revisor externo de la apelación decidirá una apelación acelerada en 3 días o menos. La decisión se le enviará por escrito.

Usted puede solicitar tanto una audiencia imparcial y también una apelación externa. Si usted solicita una Audiencia Imparcial y una apelación externa, la decisión del oficial de la Audiencia Imparcial será “la única que será válida”.

DARSE DE BAJA DE iCIRCLE CARE

Darse de Baja Voluntariamente

Usted puede cancelar su inscripción en iCircle Care en cualquier momento y por cualquier motivo. Para iniciar su cancelación de inscripción, usted debe notificar a iCircle Care llamando al Departamento de Servicios para Miembros al

1-844-MY-iCARE (694-2273) o marcando TTY/TDD: 711, o enviando una notificación por escrito a 860 Hard Road, Webster, NY 14580.

Si usted notifica a iCircle Care por teléfono, usted recibirá una notificación por escrito confirmando su intención de cancelar su inscripción. Si usted no ha indicado el motivo por el que desea cancelar su inscripción, iCircle Care se comunicará con usted para obtener el motivo por el cual desea cancelar su inscripción, pero usted no tiene la obligación de proporcionarlo si no lo desea.

iCircle Care le enviará después un formulario de solicitud de cancelación de inscripción, que usted deberá firmar y devolver. El formulario de solicitud de cancelación de inscripción le indicará la a usted la fecha efectiva de su cancelación de inscripción. iCircle Care enviará su solicitud de cancelación de inscripción a la agencia correspondiente del estado de Nueva York. Tenga en cuenta que su cancelación de inscripción no se retrasará mientras obtenemos su firma.

iCircle Care considerará que ha iniciado su cancelación de inscripción si usted se une y/o recibe servicios de otro plan MLTC de Medicaid, otro tipo de plan de atención administrada o un programa de exención.

Si usted reside en un condado donde la inscripción en un plan MLTC es obligatoria y elige cancelar su inscripción voluntariamente, pero no elige inscribirse en otro plan MLTC, otro tipo de plan de atención administrada o un programa de exención, es posible que usted ya no pueda recibir servicios comunitarios, como atención personal.

Darse de Baja Involuntariamente

La cancelación involuntaria de la inscripción ocurre cuando a usted se le cancela su inscripción en iCircle Care sin su consentimiento.

iCircle Care debe cancelar su inscripción de forma involuntaria si usted:

- Ya no reside en uno de los siguientes condados: Allegany, Broome, Cattaraugus, Cayuga, Chautauqua, Chemung, Chenango, Cortland, Delaware, Erie, Genesee, Herkimer, Livingston, Madison, Monroe, Niagara, Oneida, Onondaga, Ontario, Orleans, Oswego, Otsego, Schuyler, Seneca, Steuben, Tioga, Tompkins, Wayne, Wyoming o Yates
- Ha estado ausente del área de servicio de iCircle Care durante más de 30 días consecutivos.
- Ingresa en algún programa residencial de la Oficina de Salud Mental (OMH), OPWDD o de la Oficina de Alcohol y Abuso de Sustancias (OASAS) durante 45 días consecutivos o más
- Requiere atención clínica en un hogar de ancianos pero no es elegible para dicha atención según las reglas institucionales del Programa Medicaid
- Solamente requiere de servicios de guardería social
- Usted ya no es elegible para recibir beneficios de Medicaid
- Resulta encarcelado
- No es elegible para MLTC porque se le reevalúa porque ya no demuestra una necesidad funcional o clínica de servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad o, para los inscritos que no son doblemente elegibles, ya no cumple con el nivel de atención del hogar de ancianos según lo determinado mediante la herramienta de evaluación prescrita por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York; iCircle Care proporcionará al DSS local o Maximus los resultados de su evaluación y recomendaciones con respecto a la cancelación de la inscripción dentro de los 5 días hábiles posteriores a dicha determinación.

iCircle Care puede cancelar su inscripción de forma involuntaria si:

- Usted, un miembro de su familia u otra persona en su hogar participa en una conducta o comportamiento que perjudica gravemente la capacidad de iCircle Care para proporcionarle servicios a usted y a otro miembro de iCircle Care
- No paga el saldo adeudado dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento del pago, siempre que iCircle Care haga un esfuerzo razonable para cobrar dicho monto, incluida una demanda por escrito de pago y le informe sobre su posible cancelación de la inscripción.
- Le proporciona información falsa a iCircle Care, engaña a iCircle Care o participa en una conducta fraudulenta con respecto a cualquier aspecto sustancial de su membresía en iCircle Care

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

Derechos

Como miembro de iCircle Care, sus derechos incluyen:

- El derecho a recibir la atención médicamente necesaria.
- El derecho al acceso oportuno a la atención y a los servicios.
- El derecho a la privacidad sobre su historial médico y cuándo usted recibe el tratamiento.
- El derecho a obtener información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles presentadas de una manera y lenguaje que usted entienda.
- El derecho a obtener información en un idioma que usted entienda; usted puede obtener servicios de traducción oral gratuitos.
- El derecho a obtener la información necesaria para dar su consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.
- El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- El derecho a obtener una copia de sus registros médicos y solicitar que se modifiquen o se corrijan.
- El derecho a participar en las decisiones sobre su atención médica, incluyendo el derecho a rechazar el tratamiento.
- El derecho a estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- El derecho a estar libre de cualquier forma de discriminación por motivos de raza/etnia, color, origen nacional, género, discapacidad, creencias políticas, religión, orientación sexual, edad, afección médica (incluidas enfermedades físicas y mentales), experiencia de reclamaciones, recepción de atención médica, historial médico, información genética o evidencia de asegurabilidad o discapacidad.
- El Derecho a que se le informe dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de su plan de Medicaid, incluida la forma de cómo usted puede obtener beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red si no están disponibles en la red del plan.
- El derecho a presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York o el Departamento de Servicios Sociales local.
- El derecho a utilizar el sistema de Audiencia Imparcial del Estado de Nueva York y/o una apelación externa del Estado de Nueva York, cuando corresponda.
- El derecho a designar a alguien para que hable por usted sobre su atención y tratamiento.
- El derecho a buscar asistencia del Programa de Defensor del Pueblo Participante (ver la página 27).
- El derecho a presentar una queja ante el Nueva York Departamento de Salud del Estado: Por teléfono al 1-866-712-7197

Por correo a:

NYS Department of Health
Division of Long Term Care
Bureau of Managed Long Term Care
Room #1621
One Commerce Plaza
Albany, NY12210

Responsabilidades

Como miembro de iCircle Care, sus responsabilidades incluyen:

- Recibir todos los servicios cubiertos a través de iCircle Care de un proveedor de la red de proveedores de iCircle Care.
- Obtener todas las derivaciones médicas y autorizaciones requeridas antes de recibir los servicios cubiertos.
- Informar a iCircle Care sobre sus necesidades y sus preocupaciones.
- Notificar a iCircle Care cuando usted salga de viaje o esté fuera de la ciudad.
- Efectuar todos los pagos requeridos a iCircle Care.

REDUCCIÓN DE GASTOS

El programa de Reducción de Gastos se aplica a personas que tienen ingresos superiores al nivel de ingresos de Medicaid y les permite calificar para MLTC al exigirles que realicen un pago inicial. El Departamento de Servicios Sociales local notificará a las personas que están sujetas a un pago por Reducción de Gastos que están sujetas a dicho pago, así como el monto del pago por Reducción de Gastos que deben realizar.

Si usted está sujeto a Reducción de Gastos, iCircle Care hará todos los esfuerzos razonables para comunicarse con usted para obtener su pago inicial. Si usted no realiza este pago o no hace los arreglos para el pago que sean satisfactorios para iCircle Care dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento del pago, se le puede cancelar su inscripción en iCircle Care sin su consentimiento. (Consulte Cancelación Involuntaria de la Inscripción en la página 24).

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Las directivas anticipadas son documentos legales que le permiten tomar ciertas decisiones sobre su atención médica con anticipación en caso de que usted no pueda tomarlas en el futuro. El estado de Nueva York reconoce las siguientes 3 directivas anticipadas:

Representante del estado de Nueva York

Un apoderado del estado de Nueva York le permite a usted designar a otra persona para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que se determine que usted ya no puede hacerlo.

Testamento en Vida

Un testamento en vida le permite a usted escribir instrucciones específicas sobre su tratamiento y atención médica en caso de que usted no pueda tomar esas decisiones.

Orden de No Resucitar

Una Orden de no resucitar especifica si a usted le gustaría o no ser revivido en caso de que deje de respirar o que su corazón deje de latir.

Para obtener más información sobre las directivas anticipadas, hable con su Administrador de Atención.

EL DINERO SIGUE A LA PERSONA (MFP)/PUERTAS ABIERTAS (MONEY FOLLOWS THE PERSON(MFP)/OPEN DOORS)

En esta sección se explicarán los servicios y apoyos disponibles a través de Money Follows the Person (MFP)/Open Doors. MFP/Open Doors es un programa que puede ayudar a los inscritos a mudarse de un hogar de ancianos a su hogar o residencia en la comunidad.

Las personas inscritas pueden calificar para MFP/Open Doors si:

- Han vivido en un hogar de ancianos durante 3 meses o más.
- Tienen necesidades de salud que puedan satisfacerse a través de los servicios en su comunidad.

MFP/Open Doors cuenta con personas, llamadas especialistas en transición y pares, que pueden reunirse con los pacientes inscritos en el hogar de ancianos y hablar con ellos sobre su regreso a la comunidad. Los especialistas de transición y los compañeros son diferentes de los administradores de atención y los planificadores de salida.

Pueden ayudar a las personas inscritas de la siguiente manera:

- Brindándoles información sobre los servicios y los apoyos que hay en la comunidad.
- A encontrar servicios ofrecidos en la comunidad para ayudar a los inscritos a ser independientes.
- Visitando o llamando a los afiliados después de mudarse para asegurarse de que tienen lo que necesitan en su casa. Para obtener más información sobre MFP/Open Doors, o para programar una visita de un especialista en transición o un par, llame a la Asociación de Nueva York para la Vida Independiente al 1-844-545-7108 o envíe un correo electrónico a emailmfp@health.ny.gov.

DEFENSOR

El Programa del Defensor defiende a los receptores de cuidados a largo plazo investigando y resolviendo quejas realizadas por o en nombre de los receptores, promoviendo el desarrollo de consejos de receptores y familiares e informando a las agencias gubernamentales, proveedores y al público en general sobre los problemas y preocupaciones que afectan a los receptores de cuidados a largo plazo.

El Defensor del Participante es una organización independiente que brinda servicios gratuitos de defensor del pueblo a los beneficiarios de cuidados a largo plazo en el estado de Nueva York. Estos servicios incluyen, pero no se limitan necesariamente a:

- Brindar apoyo previo a la inscripción, como asesoramiento imparcial sobre la elección de planes de salud e información general relacionada con el programa.
- Recopilar quejas y preocupaciones de los inscritos sobre la inscripción, el acceso a los servicios y otros asuntos relacionados.
- Ayudar a los inscritos a comprender los derechos y procesos de audiencia imparcial, quejas y apelaciones dentro del plan de salud y a nivel estatal, y asistirlos durante el proceso si es necesario/solicitado, incluso realizando solicitudes de registros a los planes y proveedores.
- Informar a los planes y a los proveedores sobre recursos y apoyos comunitarios que se pueden vincular con los beneficios del plan cubierto.

ICAN - Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN, por sus siglas en inglés)

ICAN es el programa del Defensor del Pueblo del Estado de Nueva York para personas con Medicaid que necesitan atención a largo plazo o servicios de salud de la conducta. ICAN ayuda a los neoyorquinos a inscribirse y utilizar planes de atención administrada que cubren atención a largo plazo o servicios de salud de la conducta.

Los servicios incluyen:

- Asesoramiento privado e individual sobre opciones de seguro de salud a través de:
 - Nuestra línea de ayuda telefónica gratuita: (844) 614-8800
 - Citas en persona en uno de los sitios de reunión en el estado de Nueva York
 - Citas presenciales en su domicilio, si usted tiene dificultades para desplazarse o comunicarse por teléfono
 - Chat en vivo (<https://icannys.org/get-help/>) a través de este sitio web
- Sesiones educativas para consumidores y cuidadores
- Formación profesional para organizaciones de servicios sociales
- Material educativo proporcionado a través de este sitio web

Todos los servicios son gratuitos y confidenciales. ICAN no está vinculado a ningún plan de seguro médico. ICAN es un programa de la Sociedad de Servicio Comunitario de Nueva York (Community Service Society of New York), una organización sin fines de lucro de la ciudad de Nueva York, y está financiada por el estado de Nueva York. ICAN comenzó sus operaciones en diciembre de 2014.

GRACIAS POR ELEGIR iCIRCLE CARE

En iCircle Care, nos enorgullecemos de brindar la mejor atención posible en su ciudad. Podemos hacer esto porque estamos formados por proveedores locales que conocen su comunidad. Somos amigos, vecinos y familiares que nos esforzamos para garantizar que usted, el miembro, reciba exactamente lo que necesita, y nuestro creciente número de miembros nos indica que estamos haciendo bien nuestro trabajo.

De parte de todos nosotros, los que formamos iCircle Care, le agradecemos a usted que nos haya elegido. Seguiremos haciendo todo lo posible para asegurarnos de que cumplimos con sus necesidades. Si alguna vez tiene alguna pregunta, comentario o inquietud, estamos disponibles a solamente una llamada de distancia.

Inscripciones/Pregunta den General: 1-844-iCIRCLE (424-7253) TTY/TDD: 711

Línea de Servicios a Miembros: 1-844-MY-iCARE (694-2273)

Quejas/Apelaciones: 1-855-775-3778

Fax: 1-888-519-2816

Correo electrónico: info@icirclecarecny.org

LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 1-844-694-2273 TTY/TDD 711.	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 1-844-694-2273 TTY/TDD 711.	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 1-844-694-2273 TTY/TDD 711。	Chinese
ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم 1-844-694-2273 TTY/TDD 711.	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-844-694-2273 TTY/TDD 711 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 1-844-694-2273 TTY/TDD 711.	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 1-844-694-2273 TTY/TDD 711.	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 1-844-694-2273 TTY/TDD 711.	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 1-844-694-2273 TTY/TDD 711.	French Creole
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועלעביל פאר אייך אומזיסט. רופט-1-844-694-2273 TTY/TDD 711.	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 1-844-694-2273 TTY/TDD 711.	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyonang tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 1-844-694-2273 TTY/TDD 711.	Tagalog
মনোযোগ নামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-844-694-2273 TTY/TDD 711-এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 1-844-694-2273 TTY/TDD 711.	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 1-844-694-2273 TTY/TDD 711.	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں۔ 1-844-694-2273 TTY/TDD 711	Urdu

