

Manual del Miembro



257 Park Avenue South • 2nd Floor • New York, NY 10010-7304
T: 212-584-2500 • F: 212-584-2555 • info@icsny.org • www.icsny.org

Principios rectores

Independence Care System (ICS) es una organización sin fines de lucro comprometida a ayudar a personas con discapacidades a vivir de manera independiente. Por medio de un programa de cuidado administrado a largo plazo, ICS elabora una extensa línea de servicios y los integra a un sistema especializado de atención que puede utilizarse de manera flexible.

Esencialmente, ICS es una comunidad de personas: consumidores con diversas discapacidades, prestadores de atención, personal y amigos, que comparten una visión común y un compromiso de participar en nuestra propia gestión. Basados en nuestros valores y creencias, nosotros:

- Odontología
- apoyamos a los miembros consumidores como los principales administradores de su propia atención
- creamos empleos de calidad, especialmente para trabajadores de primera línea, como un prerrequisito para la atención de calidad
- tratamos a cada persona con respeto y honestidad, y especialmente escuchamos y respondemos el uno al otro
- valoramos la diversidad de las personas
- desarrollamos a las personas
- reflexionamos sobre nuestro trabajo y aprendemos de nuestros errores y éxitos
- tratamos el trabajo con seriedad, pero nos divertimos haciéndolo
- nos enfocamos en la creatividad, claridad y simplicidad
- fomentamos oportunidades de empleo de calidad para personas con discapacidades, inclusive en ICS
- compartimos información y conocimiento
- promovemos altos niveles de participación de todos y fomentamos muchos líderes, no solo uno

Al practicar lo que creemos, Independence Care System será un lugar dinámico, con un espíritu maravilloso. Será grande en tamaño, pero se sentirá pequeño en proporción.

ICS REALIZARÁ DIVERSAS COSAS COMUNES PARA APOYAR A NUESTROS MIEMBROS EXTRAORDINARIAMENTE BIEN

Contenido

Sección 1: Introducción	4	Cómo Obtener Servicios	
Bienvenido a Independence		Durante y Después de las	
Care System	4	Horas Hábiles	14
Para comprender qué es ICS:		Consecuencia por Obtener	
Somos Diferentes	4	Cualquier Servicio Cubierto	
Nuestra Historia	5	Sin la Aprobación de ICS	15
Cómo Utilizar este Manual	5		
Sección 2: El Plan de ICS: Integral y		Sección 3: Información acerca	
Especializado	6	de la afiliación	19
Este sistema tiene 4		Requisitos : ¿Quién se Puede	
elementos clave	6	Hacer Miembro de ICS?	19
Servicios ICS...		Detalles Sobre la Afiliación	20
Uso de la red de proveedores	8		
Accesibilidad	8	Sección 4: Sus derechos y	
La coordinación del Cuidado es		responsabilidades	22
Clave... Su Plan de Cuidado	9	Como Miembro de ICS,	
Solicitud de Servicios		Usted Tiene Derecho a	22
Adicionales o Cambios		Como Miembro de ICS, Usted	
en su Plan de Cuidado	10	Tiene la Responsabilidad de	23
Usted continúa recibiendo		Obligación de Pago	23
sus beneficios Medicaid/		Si Usted no Está Satisfecho(a)...	23
Medicare...	11	Cómo Solicitar que Continúen	
Servicios cubiertos	11	los Servicios Durante un	
Acceso a Cuidado en un Hogar		Proceso de Apelación	27
de Reposo/Recuperación	12	Culminación de la Afiliación	31
Servicios que ICS le Ayuda a Obtener		Condiciones que Pueden Conducir	
y Coordinar que Siguen Siendo		a la Cancelación de la	
Pagados Directamente Por		Afiliación Por Parte de ICS	31
Medicare y Medicaid...	12	Protección de sus derechos	32
Atención de Emergencia:		Información que se proporciona	
Llame al 911	13	mediante una solicitud	33
Atención de Urgencia:			
Llame a su Médico o a ICS,		Sección 5: Participación del Miembro	35
24 Horas al Día	14		

Sección 6: Comunicación	
con los Miembros	36
Números Telefónicos	
Importantes	36
Directivas Avanzadas	36
Sección 7: Guía de Beneficios	37
Atención Médica para	
Adultos Durante el Día	37
Atención audiológica	37
Atención Odontológica	38
Equipo Médico Duradero	39
Servicio de Asistencia para	
atención domiciliaria	40
Entrega de Comidas a Domicilio	41
Suministros Médicos	41
Atención en Hogar de	
Reposo/Recuperacion	42
Servicio de Nutrición	43
Servicio de Optometría	44
Sistema de Respuesta a	
Emergencia Personal(PERS)	45
Podología	45
Servicio de Rehabilitación	46
Servicio de Asistencia	
Respiratoria	47
Servicios especializados de atención	
de salud en el hogar (Servicios	
de RN, LPN, MSW)	47
Servicio Social y Ambiental	49
Transporte	49
Asistencia Social de Día	50

Introducción

Bienvenido a Independence Care System

Los miembros, el personal y la Junta Directiva de Independence Care System (ICS) le dan la bienvenida a nuestro plan de cuidado a largo plazo para personas de un mínimo de 18 años de edad con discapacidades físicas y enfermedades crónicas.

ICS es una organización sin fines de lucro, comprometida a proveer asistencia a personas con discapacidades y enfermedades crónicas para que vivan independientemente. Cuando utilizamos las palabras “cuidado administrado” nos referimos a algo muy específico sobre los servicios y la prestación de servicios. En ICS “cuidado administrado” se trata de coordinar — con usted — para asegurarnos de que usted reciba los servicios para los cuales está médicamente calificado para así poder vivir independientemente. Si usted decide hacerse miembro de ICS, estará afiliándose a un **plan de cuidado administrado a largo plazo**. ICS le proporcionará beneficios cubiertos a través de nuestra red de proveedores y/o le ayudará a conseguir los beneficios no cubiertos (es decir, beneficios que de todas maneras están cubiertos directamente por Medicare y Medicaid sobre una base de honorarios por servicio) para satisfacer todas sus necesidades de salud y cuidado a largo plazo. Al afiliarse a ICS usted está dando su

consentimiento para permitirnos coordinar los beneficios de Medicare y los beneficios no cubiertos por Medicaid, en su nombre.

ICS está situado en el 257 Park Avenue South. La afiliación a ICS es voluntaria y requiere y requiere elegibilidad para Medicaid. Nosotros servimos a los municipios de Bronx, Manhattan, y Brooklyn. Nuestro número centro de servicios a los miembros es 1-877-ICS-2525. Los consumidores con problemas auditivos o del habla pueden llamar a ICS al TDD/TTY 1-877-ICS-2525.

Para comprender qué es ICS: somos diferentes

A las personas con discapacidades y enfermedades crónicas les puede resultar difícil encontrar servicios médicos y de otra índole que les son necesarios para vivir en forma independiente. ICS fue creada para facilitar este proceso, enfocándose más en sus necesidades y su satisfacción. Nuestra meta es trabajar con *usted* para construir un sistema de atención especializado que respalde su plena participación en la vida comunitaria. Como miembro, *usted* planea y maneja el apoyo social y de cuidado médico que usted requiere trabajando con los administradores de cuidado y los proveedores de servicio. Usted también tiene la oportunidad de trabajar con

nosotros para determinar cómo funciona nuestra organización.

Nuestra Historia

ICS fue instituida con juntamente por la Cooperative Home Care Associates (Cooperativa de Atención Domiciliaria) (CHCA su abreviatura en inglés) y el Paraprofessional Health Institute (Instituto de Asistentes Profesionales de Atención médica) (PHI su abreviatura en inglés). La CHCA es una agencia con licencia para proveer servicio de cuidado domiciliario la cual es propiedad de los trabajadores, y ampliamente reconocida por proveer trabajo y servicios de asistencia profesional de alta calidad a sus clientes discapacitados y mayores. PHI es una organización sin fines de lucro, creada por CHCA para desarrollar nuevos programas y llevar a cabo análisis de políticas con base en su lema “trabajos de calidad/ cuidado de calidad”.

El Estado de Nueva York ha autorizado a ICS para operar un plan de cuidado administrado a largo plazo. ICS tiene la responsabilidad de proveer los servicios médicos necesarios cubiertos y detallados en su contrato con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. ICS es responsable ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York por la calidad de los servicios prestados a sus miembros.

Cómo Utilizar éste Manual

Este manual es una importante guía al plan de ICS. Contiene la información que usted necesita para entender cómo funciona el plan de ICS, nuestras políticas de afiliación, los servicios que proveemos y el papel que usted juega en nuestro trabajo *juntos*. **Si usted necesita información en otro idioma o en una cinta de audio, por favor déjeselo saber a un representante de ICS:**

Este manual está organizado por secciones y está diseñado para ser leído y comprendido fácilmente. La Sección 1 de este manual le proporciona a usted un breve resumen de quiénes somos, y el plan único de “cuidado administrado” que proveemos a las personas discapacitadas y con enfermedades crónicas. Las siguientes secciones del manual describen nuestras políticas y procedimientos de afiliación, sus derechos y responsabilidades como miembro de ICS, y una lista y descripción detallada de nuestros servicios. Nos agrada mucho trabajar con usted, y nos gustaría recibir sus ideas y conceptos a medida que nuestra relación se desarrolle a través del tiempo.

Lo invitamos a revisar este material cuidadosamente, referirse a él cuando tenga una pregunta y llamar a nuestro Centro de Servicio a los miembros al número **1-877-ICS-2525**, si hay algo que no esté claro.

El Plan de ICS: Integral y Especializado

Esta Sección describe el Plan de ICS en mayor detalle. Por favor léalo cuidadosamente, y déjenos saber si usted tiene preguntas o inquietudes.

En ICS, “el cuidado administrado a largo plazo” es la forma como describimos una completa gama de servicios que integramos en un *sistema* de cuidado que también es *flexible*. Nuestra meta es trabajar **con** usted para apoyar su completa participación en la vida comunitaria. Cuando usted se afilia, se le asigna un (a) director(a) de cuidado para que trabaje con usted y le ayude a que esta meta sea una realidad.

Este sistema tiene 4 elementos clave

1. Nos enfocamos en usted haciendo énfasis en conectarlo con su hogar y sus servicios comunitarios. ICS hace énfasis en la visión del ojo del consumidor sobre la red de servicios. Nuestro abordaje integral es comenzar con *usted: sus* necesidades y *sus* metas. Nos enfocamos en los servicios que usted necesita: cuidado del hogar, equipo y suministros médicos, transporte, y otros servicios comunitarios. ICS también coordina el cuidado médico primario y otros servicios comunitarios que satisfagan sus necesidades y lo ayuden a lograr sus

metas. Si es necesario también se cubre cuidado en un hogar de reposo/recuperación.

- 2. Nuestros servicios de cuidado a largo plazo son integrales.** Independence Care System le ofrece una gama completa de servicios de apoyo domiciliarios y comunitarios. Muchos de estos servicios pueden parecer obvios, tales como cuidado del hogar, transporte no de emergencia, y equipo médico especializado. Pero también hay muchos otros servicios disponibles, tales como reparación de silla de ruedas y cuidado en un hogar de reposo/recuperación, si es necesario. ICS trabaja con usted para coordinar estos servicios y darle a conocer otros servicios de los cuales usted probablemente no está enterado.
- 3. Participación de los Miembros.** Los miembros participan en el proceso de planeación de cuidado. Esto significa que usted puede estar presente en las reuniones del equipo, ya sea que éstas se lleven a cabo en su casa o en la oficina de ICS.
- 4. Una red integrada de cuidado...a través del tiempo.** Independence Care System comprende que sus necesidades pueden cambiar a través del tiempo. Siempre trabajaremos con usted para ajustar los

servicios que continúan maximizando su independencia y comodidad. Mientras usted permanezca como miembro de ICS, nosotros estaremos allí para usted — ya sea que usted esté en su casa, en un hospital o en un hogar de reposo/ recuperación. Compartiremos tiempo con usted, le escucharemos, aprenderemos de usted, y trabajaremos con usted para obtener los servicios y recursos que usted necesita.

Reconocemos la importancia de los servicios que usted ya tiene instalados, y que usted puede valorar las relaciones que ha desarrollado con sus actuales proveedores de servicio. Si usted ya está recibiendo cuidado médico de un proveedor médico (por Ej. Su médico), con quien usted está satisfecho, nosotros podemos hablar con esa persona para que trabaje con ICS. Trabajar con ICS significa que sus proveedores médicos actuales estén de acuerdo en colaborar con el/la director(a) de cuidado de ICS para coordinar todas sus necesidades sociales y de cuidado médico (aunque ellos seguirán cobrándole normalmente a Medicare, Medicaid y otras pólizas de seguros comerciales). Como la atención hospitalaria, los proveedores de servicios médicos y el cubrimiento por drogas no son parte de los servicios cubiertos por ICS, los miembros quizás deseen mantener sus seguros comerciales privados vigentes aunque estén

afiliados a ICS. Si sus proveedores de servicios de salud actuales no desean colaborar con ICS, usted no podrá afiliarse, a menos que cambie a proveedores que sí han acordado trabajar con ICS. Si es necesario, su director(a) de cuidado le puede ayudar a encontrar un médico experto y accesible.

Escogiendo sus Proveedores de Servicio

Para servicios cubiertos pagos por ICS, el proveedor debe de estar en la red de ICS. Por ejemplo:

- **Servicio de Cuidado en el Hogar:** Si usted ya está recibiendo servicios de cuidado domiciliario, con los cuales está satisfecho, nosotros *podríamos* hacer un arreglo que le permita mantener a su empleado actual (por ejemplo, si trabaja para una de las agencias con las cuales trabajamos) o usted puede escoger recibir los servicios de cuidado domiciliario de empleados seleccionados cuidadosamente dentro de nuestra red.
- **Otros Servicios:** Otros servicios tales como podología, odontología, optometría, equipo médico duradero, entrega de comidas a domicilio y modificaciones a la casa para promover el funcionamiento independiente, serán proporcionados por agencias seleccionadas dentro de nuestra red.

Servicios de ICS...

Uso de la Red de Proveedores

Uno de los retos principales a los que se enfrentan muchas personas con discapacidades y enfermedades crónicas es encontrar proveedores expertos y sensibles que satisfagan *sus* necesidades específicas.

Para los servicios cubiertos por ICS, se ha desarrollado una red de proveedores de servicios de salud y servicios sociales que están completamente accesibles a las personas con discapacidades. Cuando sea médicamente necesario, ICS lo conectará con estos proveedores que pueden satisfacer sus necesidades individualizadas. Si usted desea cambiar de proveedores, llame a su director(a) de cuidado de ICS al teléfono 1-877-ICS-2525 y revisaremos con usted la lista de proveedores de nuestra red para que usted escoja.

Un miembro puede ser referido para un servicio cubierto a un proveedor de cuidado médico por fuera de la red de ICS, cuando ICS no tiene un proveedor con la capacitación y experiencia para satisfacer una necesidad especial. Su director(a) de cuidado de ICS le ayudará a obtener esa referencia “por fuera de la red” si es necesario.

Atención de Transición

Si usted es un miembro nuevo de ICS y está recibiendo un servicio cubierto de parte de un proveedor que no está en nuestra red, usted puede completar un tratamiento en curso durante un período de transición de hasta noventa (90) días, siempre y cuando su proveedor acepte el pago a las tarifas del plan, y que cumpla con los requisitos de garantía de calidad de ICS y proporcione a ICS un plan de tratamiento e información médica relacionada con los servicios requeridos.

Si un proveedor sale de la red de ICS mientras usted está recibiendo sus servicios, entrará en efecto el mismo período de transición de 90 días para que usted pueda completar el plan de tratamiento. Usted decidirá si quiere permanecer con ese proveedor hasta completar su tratamiento o si escoge un proveedor de la red para completar el tratamiento. Su director(a) de cuidado de ICS le ayudará a escoger otro proveedor de nuestra red para sus necesidades en el futuro.

Accesibilidad

Para todos los servicios ICS reunirá información específica sobre cada sitio del proveedor en cuanto a factores que

afecten el acceso a los servicios y pondrá esa información a su disposición. Esta información incluye lo siguiente, pero sin limitarse a ello:

- Baños o compartimentos para discapacitados, lo suficientemente grandes para acomodar no solo a la persona en silla de ruedas sino también a su empleado que le presta servicio domiciliario;
- Ascensores hidráulicos y personal capacitado en el uso de ascensores hidráulicos;
- Camillas de examen que se puedan mover a una altura inferior; y
- Camionetas equipadas con amarres para las sillas de ruedas eléctricas.

Su satisfacción con los servicios que reciba es importante — para nosotros, para usted y para otros en nuestra comunidad. Estaremos pidiendo su opinión sobre los servicios que recibe de los proveedores y proporcionaremos retroalimentación confidencial a sus proveedores para que nuestros servicios mejoren continuamente.

La coordinación del cuidado es clave... su plan de cuidado

Antes de afiliarse, usted y el/la enfermero(a) de admisiones o trabajador(a) social de ICS desarrollará su

plan inicial de cuidado. El plan inicial de cuidado es una descripción escrita de todos los servicios que usted necesita. Se basa en una evaluación de sus necesidades de cuidado médico, y en la recomendación de sus médicos y en sus preferencias personales. Usted recibirá una copia de su plan de cuidado en el cual se relacionan los servicios que están autorizados para comenzar en su primer día de afiliación.

Una vez la afiliación sea oficial, su director(a) de cuidado de ICS organizará los servicios para comenzar con su plan de cuidado. Dentro de los dos primeros meses de afiliación, usted y su director(a) de cuidado se reunirán para revisar y actualizar su plan de cuidado, según se requiera. Esta reunión puede tener lugar en su casa o en la oficina de ICS, donde usted lo prefiera. Si usted necesita transporte para venir a la oficina, nosotros haremos los arreglos necesarios. Su familia u otras personas cercanas a usted también pueden asistir.

Nuestro personal administrativo autorizará que los servicios en su plan de cuidado comiencen el primer día en que su afiliación se haga efectiva. Usted puede llamar al centro de servicio a los miembros, al **1-877-ICS-2525** para hacer los arreglos correspondientes a los servicios de apoyo

que varían, tales como transporte a las citas médicas o entrega de equipo médico duradero. Para cualquier equipo que requiera adaptación individual a sus especificaciones, su director(a) de cuidado solicitará una consulta con Terapia Física o Terapia Ocupacional para usted antes de ordenar el equipo. Esto garantizará que usted reciba lo que más le convenga.

Recuerde que a medida que sus necesidades cambian, igualmente cambiará su plan de cuidado. Nosotros trabajaremos con usted para desarrollar un nuevo plan de cuidado dirigido a sus necesidades actuales dos veces al año (cada seis meses). Usted guardará una copia escrita de su plan actual para así conocer los servicios que se le van a proporcionar.

Su director(a) de cuidado está disponible para reunirse con usted en su casa o para hablar con usted por teléfono si usted tiene cualquier pregunta (Llamar sin costo alguno al 1-877-ICS-2525). Él/ella trabajará con usted para disponer y coordinar su cuidado con todos sus proveedores de servicios, incluyendo sus proveedores médicos. Si usted está hospitalizado, su director(a) de cuidado trabajará con usted y el personal del hospital para garantizar que sus necesidades sean satisfechas durante su estadía en el hospital y que se identifiquen

y dispongan sus necesidades cuando le den de alta.

Con el fin de garantizar que ICS esté satisfaciendo sus necesidades continuamente, un(a) enfermero(a) de ICS evaluará sus necesidades por lo menos dos veces al año. Cada 6 meses trabajaremos con usted para ayudarle a desarrollar un nuevo plan de atención dirigido a sus necesidades actuales. A medida que sus necesidades cambien, esto requerirá nuevos cambios a su plan de cuidado — usted podrá requerir diferentes servicios o los mismos servicios con mayor o menor frecuencia.

Solicitud de Servicios Adicionales o Cambios al Plan de cuidado

Usted puede solicitar cambios en su plan de cuidado en cualquier momento. Es importante que usted nos deje saber qué es lo que necesita — hable con su director(a) de cuidado si tiene una necesidad de un servicio que no está recibiendo actualmente y si desea hacer cambios en su plan de cuidado. ICS responderá a su solicitud de cambio de servicios o servicios adicionales a la mayor brevedad posible (ver Sección Autorización de Servicio). Si la respuesta a su solicitud no le satisface, hay otros pasos que usted puede seguir (ver Sección de Quejas y Apelaciones).

Usted continúa recibiendo sus beneficios de Medicaid/Medicare...

Cuando usted se afilia a ICS, usted continúa recibiendo todos sus beneficios de Medicaid y Medicare. Los servicios no incluidos en la lista de servicios cubiertos por ICS — tales como médicos y hospitales — son coordinados por ICS, pero pagados directamente por Medicare y Medicaid con base en honorarios por servicio, o por el seguro comercial, si usted lo tiene.

Servicios Cubiertos

ICS pagará por los siguientes servicios de atención a largo plazo y otros servicios médicos necesarios, si éstos hacen parte de su plan de atención aprobado:

- Coordinación de Atención — ICS se responsabiliza de la coordinación y administración de todas sus necesidades de salud y apoyo social, incluyendo servicios médicos sociales.
- Servicios de asistencia de Cuidado Domiciliario (esto incluye asistentes de salud Domiciliarios, asistentes de cuidado personal, asistentes domésticos y asistentes personales).
- Enfermería Domiciliaria
- Terapia Física, Ocupacional y del habla
- Servicio de nutrición.
- Equipo médico, incluyendo prótesis y ortopédicos.
- Suministros médicos (gasas, vendas, pañales y suplementos nutricionales similares al Ensure).
- Transporte no de emergencia
- Servicios de podología (cuidado de los pies)
- Odontología
- Optometría (Exámenes visuales, Anteojos y otros Servicios para la Visión)
- Audiología y audífonos especiales (servicios y equipo para personas con discapacidad auditiva, incluyendo pilas para los audífonos especiales).
- Atención médica de día para adultos.
- Atención social de día.
- Terapia respiratoria
- Apoyo social y ambiental tales como modificaciones, conexión a capacitación vocacional y referencias a los servicios de Vida Independiente para capacitación en habilidades, ayuda para arreglar un apartamento, uso de transporte accesible, girar cheques, etc.
- Entrega de comidas a domicilio.
- Sistema de Respuesta Personal a las Emergencias (PERS)
- Servicios de Rehabilitación Ambulatorias (tales como terapia física, del habla y ocupacional)
- Atención de Enfermería Domiciliaria (incluyendo rehabilitación post-aguda y/o de corto plazo, estadías de largo plazo y atención para el descanso).

Por favor refiérase a la Guía de Beneficios de ICS (Sección 7) la cual describe lo que ICS cubre para cada beneficio.

Acceso a Cuidado en un Hogar de Reposo/Recuperación

Aunque nuestros servicios están enfocados en mantener su independencia en su hogar y en su comunidad, ICS también cubre cuidado en hogar de reposo/recuperación si éste es el servicio que usted necesita. Su director(a) de cuidado le ayudará a escoger un hogar de reposo/recuperación que satisfaga sus necesidades. ICS tiene contratos con varios hogares de reposo/recuperación en nuestra área de servicios. Si usted llega a necesitar atención en un hogar de reposo/ recuperación y prefiere un lugar que no se encuentra dentro de los que tienen contrato con ICS, nosotros trataremos de hacer los arreglos necesarios para su cuidado con el lugar que usted prefiera. Si no nos es posible contratar con el lugar que usted prefiere, usted deberá utilizar un lugar que se encuentre dentro de la red de ICS o desafiarse de ICS para poder ingresar al lugar de su elección.

Los miembros que solo tienen cobertura de Medicaid Comunitario (generalmente debido a transferencia de activos en los tres años previos a necesitar los servicios de un

hogar de reposo/recuperación) no cumplen con los criterios financieros de Medicaid para cubrir un hogar de reposo/recuperación (conocido como derecho institucional).

Los miembros que necesitan cuidado en un hogar de reposo/recuperación podrían estar sujetos a desafiliación bajo estas circunstancias. (Ver Sección 4: Sus Derechos y Responsabilidades). Su director(a) de cuidado le ayudará a hacer los planes adecuados para su cuidado.

Servicios que ICS le ayuda a obtener y coordinar que siguen siendo pagados directamente por Medicare y Medicaid...

Usted tiene la libertad de escoger los proveedores que desee para los servicios que están cubiertos directamente por Medicare y el plan honorarios-por-servicio de Medicaid, y por los aseguradores comerciales, si los tiene. Aunque estos servicios no son pagados por ICS, si usted necesita asistencia, su director (a) de cuidado puede ayudarle a identificar los proveedores adecuados, hacerle las citas, referencias a especialistas, y transporte a los servicios que siguen siendo cubiertos directamente por Medicare y el plan honorarios-por-servicio de Medicaid y los aseguradores comerciales, tales como:

- Servicios de Hospitalización

- Servicios Hospitalarios Ambulatorios
- Servicios Médicos
- Servicios de Laboratorio
- Servicios de Radiología y Radioisótopos
- Transporte de Emergencia
- Medicamentos Formulados y No-Formulados, incluyendo fórmulas magistrales.
- Terapia Enteral y Parenteral
- Pilas para los Audífonos especiales
- Diálisis Renal Crónica
- Servicios de Salud Mental
- Servicios para Abuso de Sustancias y Alcohol
- Servicios de la Oficina de Retardo Mental y Discapacidades del Desarrollo
- Servicios de Planificación Familiar

Si usted tiene alguna dificultad en obtener estos servicios porque el proveedor malinterpreta el código de Medicaid de su tarjeta o por otras razones, llame a ICS inmediatamente para que nosotros le podamos explicar a su proveedor que la afiliación a ICS no afecta su facturación a Medicare o al plan honorarios-por-servicio de Medicaid, o al seguro comercial por servicios no cubiertos por ICS.

Atención de Emergencia: Llame al 911

Una emergencia es una lesión por accidente o una enfermedad aguda que ocurre sin

previo aviso y que tiene el potencial de causar incapacidad o muerte inmediata, o que si no es tratada de inmediato, podría causar dolor o incomodidad severa. La definición completa de emergencia es “una condición médica o comportamiento la cual ocurre de repente y se manifiesta por síntomas muy variados, incluyendo dolor severo que una persona prudente que posee un conocimiento promedio de medicina y salud podría racionalmente determinar que si no se presta atención médica inmediata podría (1) poner la salud de la persona afectada con dicha condición en serio peligro o en el caso de un comportamiento que ponga la salud de la persona y de otras personas en serio peligro; o (2) afectar seriamente las funciones corporales: o (3) seria disfunción de cualquier órgano o parte corporal de dicha persona; o (4) seria desfiguración de dicha persona”.

Algunos de los signos de una emergencia son:

- Desalojamiento de un catéter dejado en un órgano;
- Dolor de pecho severo;
- Respiración corta severa;
- Pérdida del conocimiento (desmayo);
- Cambio repentino en el estado mental (desorientación);
- Convulsiones (ataques epilépticos);
- Lesiones múltiples o severas,

-
- incluyendo fracturas;
- Reacciones alérgicas acompañadas de hinchazón de la cara, los labios, o sonido agudo en el pecho;
 - Sangrado que no se puede parar.

Si sus síntomas requieren atención de emergencia, es posible que usted no tenga tiempo de obtener ayuda del Servicio a los miembros o del (la) director (a) de cuidado para coordinar su transporte o una cita.

En caso de emergencia llame al 911.

Usted puede obtener atención de emergencia *en la sala de emergencias de cualquier hospital, dentro ó fuera del área de servicio*. Tan pronto como usted o un miembro de su familia o amigo pueda hacerlo (dentro de las siguientes 24 horas), deben por favor llamar a l su director(a) de cuidado, sin costo alguno al 1-877-ICS-2525 para dejarle saber qué sucedió y para obtener ayuda en la coordinación de servicios para atender sus necesidades.

Atención de Urgencia: Llame a su Médico o a ICS, 24 horas al día

Cuando usted necesita atención urgente para síntomas (como por ejemplo, golpes, torceduras, quemaduras menores, infecciones respiratorias altas) que necesitan ser atendidas con mayor

prontitud que la programación de una visita médica de rutina, llame a su médico o director(a) de cuidado. Su director (a) de cuidado le puede ayudar:

- Recomendando un tratamiento,
- Programando una consulta a domicilio para usted, o
- Enviándolo a la sala de urgencias de un hospital

ICS tiene un sistema telefónico las 24 horas del día (Sin costo alguno 1-877-ICS-2525), de manera que siempre hay personal disponible para contestar sus preguntas.

Si usted necesita atención de emergencia o de urgencia, usted puede obtener estos servicios dentro o fuera del área de servicio sin aprobación. Esto incluye también, atención odontológica.

Cómo obtener servicios durante y después de las horas hábiles

ICS tiene un sistema de turnos de 24 horas al día 7 días a la semana. Generalmente lo mejor es hacerle las preguntas que tenga durante las horas hábiles (Lunes a Viernes de 9 a.m. a 5 p.m.) a su director(a) de cuidado llamando sin costo alguno al 1-877-ICS-2525. Si usted tiene una necesidad de asistencia urgente o tiene preguntas acerca de su cuidado o servicios que no pueda esperar hasta las horas

hábiles, llame sin costo alguno al número **1-877-ICS-2525** a cualquier hora y su llamada será dirigida al personal de ICS que esté en turno en ese momento.

- Para tener acceso a TDD/TTY durante las horas hábiles, llame directamente a ICS al número **1-877-ICS-2550**. Después de horas hábiles, llame al Servicio de Relevos de TDD/TTY de Nueva York al teléfono **1-800-662-1220** (teletipo a voz) o **1-800-421-1220** (voz a teletipo) y pida que le comuniquen con la línea sin costo de ICS (**1-877-ICS-2525**).
- Si usted habla un idioma diferente al inglés y el español y no tiene (o no desea utilizar) a un amigo o miembro de su familia para que le interpreten, por favor llame a nuestro número sin costo **1-877-ICS-2525** y allí le comunicarán con la Línea de Idiomas de AT&T. Este servicio puede traducir sus preguntas desde su lengua primaria de manera que sus necesidades o inquietudes puedan ser comunicadas claramente. ICS se puede conectar con la línea de AT&T 24 horas al día, 7 días a la semana.

Cuidado fuera del área: Llame a su director (a) de cuidado de ICS

Si usted tiene planeado viajar fuera del área de servicio de ICS (Bronx, Brooklyn o Manhattan), llame a su director(a) de

cuidado de ICS para que le ayude a hacer los arreglos para cualquier servicio o cuidado que vaya a necesitar.

ICS no se puede responsabilizar financieramente por servicios no aprobados fuera del área de servicios. Los servicios no aprobados son aquellos servicios cubiertos que usted no programa a través de su director(a) de cuidado.

Consecuencias por obtener cualquier servicio cubierto sin la aprobación de ICS

Recibir servicios no aprobados puede significar que el proveedor no reciba pago por ellos. Ya sea que usted esté en su casa o viajando fuera del área de servicios de ICS, si usted recibe servicios cubiertos sin la aprobación de su director(a) de cuidado, es posible que estos servicios no sean pagados. **(Por favor lea la guía de beneficios donde se explica cuando usted puede ir a un proveedor de ICS para obtener beneficios cubiertos sin haber sido referido previamente)**

Por favor haga todo lo posible por llamarnos antes de recibir los servicios de cualquier proveedor. Esto es una gentileza y a la vez una responsabilidad importante de su afiliación a ICS. Ver Sección 4 para conocer las responsabilidades adicionales de su afiliación a ICS.

Autorizaciones de servicios

Su directo (a) de cuidado debe aprobar los servicios médicamente necesarios que están cubiertos y que son importantes para su salud y bienestar. Una necesidad médica se define como servicios *necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar condiciones que le causan sufrimiento agudo a un socio, ponen en peligro su vida, resultan en dolencia o enfermedad, o interfieren con su capacidad para manejar sus actividades diarias.*

El (la) director(a) de cuidado de ICS utiliza la definición anterior de necesidad médica cuando revisa las solicitudes de servicio. Como mínimo, el beneficio de ICS cubrirá por lo menos aquello que está cubierto en el plan honorarios-por-servicio de Medicaid. Adicionalmente, ciertos servicios de salud deben ser ordenados por un médico y requerirán que ICS coordine y programe el acceso al proveedor de los servicios. Estos servicios son:

- Cuidado domiciliario especializado, como por ejemplo enfermería;
- Servicio de asistencia para cuidado domiciliario, tales como asistentes de salud, asistentes de cuidado personal y asistentes personales*;
- Terapia física, del lenguaje, ocupacional y respiratoria;

- Equipo médico duradero, incluyendo prótesis y ortopedia;
- Atención de día para adultos; y
- Atención en hogar de reposo/recuperación.
- Suministros médicos.

**SERVICIO AUXILIAR PARA ATENCIÓN DOMICILIARIA — Se requiere la orden de un médico para comenzar a prestar servicios de cuidado personal; sin embargo, la decisión en cuanto a la frecuencia y número de horas la toma un(a) enfermero(a) o un director(a) de cuidado con base en una herramienta de evaluación de horas de cuidado domiciliaria. Si usted no está satisfecho(a) con la decisión de su médico en ordenarle o no servicios de asistencia para cuidado domiciliario, o con la decisión de su enfermero (a) o director(a) de cuidado, usted puede apelar nuestra decisión en ICS a través del Proceso de Quejas y Apelaciones descrito en la Sección 4.*

Todos los miembros de ICS que tienen cobertura tanto de Medicare como de Medicaid, escogerán o serán asignados a un Plan Parte D de Medicare para pagar por los medicamentos formulados por un médico, excepto los medicamentos que no están cubiertos por Medicare; en ese caso, se pagarán a través del plan honorarios-por-

servicio de Medicaid. En el caso de los miembros que solo tienen Medicaid, los medicamentos formulados se pagarán a través del plan honorarios-por-servicio de Medicaid.

Algunos servicios no requieren una orden médica para su aprobación. Aunque todos los servicios deben ser autorizados por su director(a) de cuidado, los miembros de ICS pueden hacer sus propias citas para servicios de salud preventiva o una evaluación inicial en las siguientes áreas, siempre y cuando dichos servicios sean suministrados por un proveedor de la red:

- Optometría (servicios para la visión)
- Dental
- Podología (cuidado de los pies)
- Audiología (servicios auditivos)
- Nutrición

El proveedor de la red presentará una solicitud de autorización de servicio dentro del ámbito de las directrices del plan honorarios-por-servicio de Medicaid. Por favor lea las descripciones de los beneficios en la Guía de Beneficios de ICS.

Estos servicios cubiertos sí requieren autorización de su director(a) de cuidado antes de comenzar la prestación de los servicios:

- Sistemas de Respuesta a Emergencia Personal (PERS)
- Atención social de día

- Apoyo ambiental y social
- Entrega de comidas a domicilio
- Transporte no de emergencia

Cuando usted necesite cualquiera de los servicios anteriores, usted o su proveedor de servicios médicos deberá llamar a su director(a) de cuidado de ICS para programar estos servicios. Su director (a) de cuidado discutirá con su proveedor cuáles son los mejores medios para satisfacer sus necesidades y cumplir con los servicios solicitado.

Los requisitos para el uso de servicios aplican para todos los servicios que usted solicita a ICS. Esto significa que ICS debe avisarle a usted y/o a la persona designada por usted, dentro de cierto marco de tiempo su decisión de aprobar o negar el servicio solicitado y usted tiene ciertos derechos para solicitar una apelación a las decisiones de ICS. Cuando usted solicita un cambio o un ajuste a un **servicio** que usted **ya está recibiendo**, nuestro proceso de aprobación se llama **revisión concurrente**. **Revisión concurrente** significa que su director (a) de cuidado debe decidir y notificarle a usted nuestra decisión por teléfono y por escrito tan rápidamente como su estado lo exija, pero no más de:

Revisión Concurrente

- **Revisión concurrente expedita** —

dentro de un (1) día hábil después de recibir toda la información necesaria, pero no más de 3 días hábiles después de haber recibido la solicitud de servicio por parte del miembro o del proveedor a nombre del miembro.

- **Revisión concurrente estándar** — dentro de (1) día hábil de haber recibido la información necesaria, pero no más de 14 días después de haber recibido la solicitud de servicio por parte del miembro o del proveedor a nombre del miembro.

Cuando usted solicita un nuevo servicio, nuestro proceso de aprobación se llama autorización previa. Su director(a) de cuidado debe decidir y notificarle a usted nuestra decisión por teléfono y por escrito tan pronto como su estado lo requiera pero no más de:

Autorización Previa

- **Autorización previa expedita** — 3 días hábiles a partir de la solicitud del servicio por parte del miembro o el proveedor a nombre del miembro.
- **Autorización previa estándar** — dentro de 3 días hábiles de haber recibido la información necesaria, pero no más de 14 días después de haber recibido la solicitud de servicio por parte del miembro o del proveedor a nombre del miembro.

Se pueden otorgar extensiones si usted, como miembro, su proveedor, o ICS necesitan más tiempo para obtener información para tomar la decisión que sirva mejor sus intereses.

Extensión de hasta 14 días calendario

- La extensión puede ser solicitada por el miembro o por el proveedor a nombre del miembro.
- ICS también puede iniciar una extensión siempre y cuando se pueda justificar la necesidad obteniendo información adicional incluyendo que dicha extensión beneficiara el interés del miembro.

Los miembros o los proveedores actuando a nombre del miembro pueden apelar las decisiones de las autorizaciones de servicio de ICS (ver Sección de apelaciones).

Información acerca de la afiliación

Esta sección describe los detalles del proceso de afiliación, los requisitos necesarios para tener derecho y los pasos para hacerse miembro de ICS. Le sugerimos leer tanto esta Sección como la Sección 4 (Sus Derechos y Responsabilidades) cuidadosamente antes de afiliarse y hablar con nosotros si tiene alguna pregunta sobre el plan de ICS, su derecho a afiliarse y/o el proceso de afiliación.

Derecho: ¿Quién puede hacerse socio de ICS?

Los miembros de ICS son personas con discapacidades físicas o enfermedades crónicas que pueden permanecer en sus hogares y comunidades. Su afiliación es voluntaria.

Usted tiene derecho a afiliarse a ICS si usted:

- Vive en el área de servicio de ICS (Bronx, Brooklyn o Manhattan);
- Tiene derecho a Medicaid con o sin obligación de pago;
- Es físicamente discapacitado y/o padece una enfermedad crónica y tiene por lo menos 18 años;
- Está funcionalmente impedido según definición de las medidas de evaluación del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Semi Annual Assessment of Members (SAAM)) que lo calificaría en el nivel para prestarle

atención domiciliaria.

- Puede regresar o permanecer seguro en la comunidad sin poner en riesgo su salud y seguridad, según los criterios definidos por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York.
- Se espera que necesite al menos uno de los siguientes servicios y atención por lo menos durante 120 días a partir de la fecha de afiliación:
 1. Servicio de enfermería domiciliaria
 2. Terapias domiciliarias
 3. Servicio de asistencia de salud domiciliarios
 4. Servicio de atención personal
 5. Servicio de salud de día para adultos
 6. Atención Social de día si se utiliza en reemplazo de los servicios de atención personal domiciliarios.

Si a usted le interesa afiliarse a ICS, pero no cumple los criterios para tener derecho, las razones para no afiliarlo(a) y sus derechos a debatir esta decisión le serán explicados por parte del personal de afiliaciones, quienes documentarán las razones por escrito para asegurarse que usted las comprende.

Todos los consumidores interesados que cumplen con los criterios de funcionamiento y financieros, pueden afiliarse, sin importar los factores de costo relacionados con el servicio, la raza, identidad étnica, creencia

religiosa o preferencia sexual.

Si usted comienza el proceso de afiliación a ICS y cambia de idea, simplemente déjese saber al personal de afiliación y nosotros confirmaremos su solicitud de desafiliación por escrito y eliminaremos su solicitud.

Detalles sobre la Afiliación

La afiliación a ICS es voluntaria. Si usted está interesado en afiliarse a ICS, llámenos (o alguien que pueda hacer la llamada por usted) y así comenzará el proceso de afiliación. El proceso se lleva a cabo por medio de una o dos entrevistas para asegurarnos que usted está completamente informado de los beneficios de ICS y así podremos hacer una evaluación completa de sus necesidades, metas y preferencias.

Para conocerlo(a)

Cuando usted nos llama, nosotros le haremos algunas preguntas para obtener información sobre su discapacidad y le daremos información sobre ICS y nuestros requisitos para determinar su derecho de afiliación. Nosotros programamos una hora conveniente para conocerlo (a) ya sea en su casa, hospital u hogar de reposo/recuperación. Durante la primera reunión usted tendrá oportunidad de hacer preguntas y nuestro grupo de afiliaciones le explicará a fondo los servicios del plan de ICS.

El personal de afiliaciones también le preguntará cuales son sus preferencias en cuanto a los proveedores de servicios, y confirmará si financieramente usted califica para Medicaid. Un Especialista en Medicaid de ICS estará disponible para asistirle.

Un (a) enfermero (a) de ingreso se reunirá con usted para evaluar sus capacidades y discutir sus metas y preferencias de cuidado. El (la) enfermero(a) de ingreso determinará si usted cumple con los criterios a nivel de cuidado domiciliario, completando una serie de formatos de evaluación para que podamos entender mejor sus necesidades de servicio. El (la) enfermero(a) discutirá con usted sobre sus habilidades actuales y la necesidad de recibir apoyo y consultará a su médico para recibir recomendaciones y órdenes. Juntos, ustedes desarrollarán un plan de cuidado inicial que se le presenta a la Oficina de Administración de Recursos Humanos de Nueva York (HRA) como parte de su paquete de afiliación.

Papeleo

Una vez usted tenga toda la información que necesita y haya decidido afiliarse, se completará el paquete de afiliación descrito anteriormente. Se le pedirá que firme un contrato de afiliación y un plan de cuidado inicial. Si se requiere información adicional de su médico o proveedor de salud mental, el personal de

afiliaciones le pedirá que usted solicite que su historial clínico sea enviado a ICS.

El paquete completo de afiliación luego se envía a la Oficina de Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York (HRA) para procesamiento. Las afiliaciones a ICS deben ser aprobadas por la HRA. Si HRA encuentra que usted no tiene derecho y usted no está de acuerdo, se le explicarán sus derechos. Las afiliaciones para personas que están siendo dadas de alta de hospitales o de instituciones de Salud Mental, Retardo Mental/ Discapacidades del Desarrollo o Abuso de Alcohol y Sustancias, se hacen efectivas el primer día del mes siguiente después de haberlas dado de alta. Los residentes de hogares de reposo/recuperación que planean regresar a vivir en comunidad pueden ser afiliados a ICS con la fecha efectiva de afiliación establecida para que coincida con el mes en que son dados de alta.

¡Bienvenido(a)!

Cuando HRA aprueba su solicitud de afiliación, ICS es notificado antes de la fecha efectiva de afiliación. Su director (a) de cuidado se pondrá en contacto con usted para programar una visita a su casa con el fin de evaluar si su plan de cuidado cumple con sus necesidades adecuadamente. Su director(a) de cuidado trabajará con usted para hacer cualquier ajuste necesario a su

plan de cuidado (el cual escribirá en su copia del plan de cuidado) y hará los arreglos para comenzar los servicios el primer día de su mes de afiliación.

Usted también recibirá en el correo, antes del primer día de su afiliación, una tarjeta de identificación de ICS con su nombre y número impreso. (Recuerde, usted necesita portar sus tarjetas de servicios de Medicare y el plan honorarios-por-servicio de Medicaid, al igual que las tarjetas de cualquier seguro comercial de salud que usted tenga, para obtener los servicios que no son cubiertos por ICS pero que siguen estando cubiertos por Medicare y el plan honorarios-por-servicio de Medicaid y el seguro comercial).

Usted también será contactado por el personal de ICS para una orientación inicial en los primeros dos meses de afiliación. El personal de ICS tiene la responsabilidad de educar a los miembros sobre ICS. El propósito de la orientación es asegurarse que usted entiende como utilizar los beneficios ofrecidos por su afiliación a ICS y para ayudarle a conocer la mejor forma de comunicar sus preguntas, inquietudes, sugerencias y recomendaciones a ICS. El personal de ICS, tiene la responsabilidad de escuchar sus inquietudes y quejas para poder responder a sus sugerencias sobre como podemos trabajar mejor con usted.

Sus Derechos y Responsabilidades

Esta sección describe sus derechos y responsabilidades como miembro de ICS e incluye información sobre como usted puede comunicarse más efectivamente con nosotros si tiene una pregunta, inquietud o no está satisfecho(a) con los servicios de ICS *en cualquier momento*.

Esta sección también describe ciertas condiciones bajo las cuales su afiliación a ICS podría ser cancelada por ICS.

Es muy importante que usted entienda sus derechos y responsabilidades como miembro, y que pregunte si no entiende alguna información que nosotros le proporcionemos.

Como miembro de ICS, usted tiene derecho a

- Recibir la atención médicamente necesaria.
- Tener acceso a cuidado y servicios.
- Privacidad acerca de su historial médico y tratamiento.
- Obtener información sobre las opciones de tratamiento disponibles y las alternativas presentado en una forma y lenguaje que usted pueda entender.
- Obtener información en un idioma que usted entienda; usted puede obtener servicio de traducción oral sin costo alguno.
- Obtener la información necesaria para dar consentimiento informado antes de comenzar un tratamiento.
- Ser tratado con respeto y dignidad.
- Preparar un poder para atención médica y “Directiva Anticipada” para manifestar claramente sus preferencias de cuidado y tratamiento en caso de no poder dejar saber sus deseos (Ver Sección 6: Comunicaciones del miembro)
- Nombrar alguien que hable por usted en lo concerniente a cuidado y tratamiento.
- Obtener una copia de su historial médico y solicitar que la misma sea enmendada o corregida.
- Tomar parte en las decisiones relacionadas con su cuidado médico, incluyendo el derecho a rechazar tratamiento.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento utilizado como medio de imposición, disciplina, conveniencia o represalia.
- Obtener atención sin importar sexo, raza, estado de salud, color, edad, origen, estado civil, o religión.
- A recibir información sobre como y cuando obtener los servicios que necesita por parte de ICS, incluyendo como obtener los beneficios cubiertos, de proveedores por fuera de la red si éstos no están disponibles en la red del plan.

-
- Quejarse al Departamento de Salud del Estado de Nueva York o a su Departamento de Servicios Sociales (HRA) local, el derecho a utilizar el Sistema de Audiencia Justa del Estado de Nueva York, o en algunos casos, a solicitar una Apelación Externa de NYS a través del Departamento de Seguros del Estado de Nueva York.

Como miembro de ICS, usted tiene la responsabilidad de

- Usar la red de proveedores de ICS para los servicios cubiertos a menos que se hayan hecho arreglos previos con su director(a) de cuidado.
- Obtener aprobación de su director(a) de cuidado antes de recibir servicios cubiertos, excepto los servicios de salud preventiva que no estén en la red y que se encuentran descritos en las páginas 16-17.
- Comunicarle a su director (a) de cuidado sus necesidades e inquietudes.
- Notificarle a ICS cuando usted va a viajar fuera de la ciudad.
- Pagar o hacer los arreglos para pagar su parte si HRA ha determinado una suma como obligación de pago.

Cancelación de una Obligación de Pago

Si HRA determinó una suma como obligación de pago, usted debe pagarle a ICS la cantidad especificada, antes del día 15 de cada mes. Si usted tiene algún problema para cumplir con esta responsabilidad, por favor discútalos con su director(a) de cuidado, quien le explicará a usted las opciones de pago. Su derecho a continuar con los servicios de Medicaid depende del cumplimiento con esta responsabilidad de pago. El Estado de Nueva York le permite a ICS desafiliar a los socios que no cancelen su cuota de obligación de pago dentro de los 30 días siguientes a la fecha de cancelación.

Si usted no está satisfecho(a)...

ICS hará todo lo que esté a su alcance para manejar sus inquietudes o problemas lo más pronto posible y para su satisfacción. Le sugerimos discutir sus inquietudes directamente con su director(a) de cuidado *primero* ya que su grupo de cuidado está mejor equipado para resolver cualquier problema que usted tenga. Si su inquietud o problema no es resuelto a satisfacción, usted puede hacer uso de nuestro proceso de quejas y apelaciones.

Nosotros mantenemos una línea de Servicio al Miembro sin costo alguno (1-877-ICS-2550), de manera que usted podrá llamarnos en cualquier momento para dejarnos saber sus problemas o sugerencias. Usted también puede presentar formalmente una queja al Departamento de Salud del Estado de Nueva York, llamando si costo alguno al teléfono 1-866-712-7917.

Por el hecho de presentar una queja o apelación no va a haber ningún cambio en la forma como usted va a ser tratado por el personal de ICS, o por su director(a) de cuidado. Nosotros mantendremos su privacidad. Le proporcionaremos cualquier ayuda que usted pueda necesitar para presentar la queja o apelación. Esto incluye proporcionarle los servicios de interpretación si usted tiene problemas visuales, auditivos y/o del habla.

(Recuerde, usted puede comunicarse con ICS al TDD/TTY 1-877-ICS-2525.) Usted también puede elegir alguien (como un pariente, amigo o proveedor) para que actúen a nombre suyo.

Para presentar una queja formal o una apelación a una acción del plan, por favor llame al: 1-877-ICS-2525 o envíenos un fax al 1-212-584-2555. Usted también puede escribirnos a la dirección 257 Park Ave. South, New York, New York, 10010.

Cuando usted nos contacte, por favor deje su nombre, dirección, teléfono actual y los detalles del problema.

¿Qué es una queja formal?

Una queja formal es cualquier comunicación suya hacia nosotros donde exprese no estar satisfecho con el cuidado y tratamiento que recibe de parte de nuestro personal o de los proveedores de los servicios cubiertos. Por ejemplo, alguien que haya sido grosero con usted o si a usted no le gusta la calidad del cuidado o servicios que ha recibido de parte nuestra, usted tiene derecho a presentar una queja formal ante nosotros.

El Proceso de Quejas

Usted puede presentarnos una queja formal oralmente o por escrito. La persona que recibe su queja la anotará y el personal apropiado de ICS vigilará el proceso de revisión de la queja. Nosotros le enviaremos una carta informándole que su queja fue recibida y una descripción de nuestro proceso de revisión. Nosotros revisaremos su queja y le daremos una respuesta escrita dentro de uno de los dos marcos de tiempo que se relacionan a continuación:

1. Si una demora en responder podría aumentar en forma significativa el riesgo a su salud, nosotros tomaremos una decisión

dentro de las 48 horas siguientes al recibimiento de la información necesaria.

2. Para todo tipo de quejas, nosotros le notificaremos nuestra decisión dentro de los 45 días de haber recibido la información necesaria, y todo el proceso debe completarse dentro de 60 días de haber recibido la queja. El período de revisión puede extenderse hasta 14 días a solicitud suya o si nosotros necesitamos más información y la demora es para interés suyo.

Nuestra respuesta describirá lo que encontramos durante la revisión de su queja y nuestra decisión al respecto.

Cómo apelar la decisión de una queja

Si usted no está satisfecho(a) con la decisión que tomamos con respecto a su queja, usted puede solicitar una segunda revisión de su caso presentando una apelación. **Usted deberá presentar la apelación de la decisión por escrito. Se debe presentar dentro de los 60 días hábiles** después de haber recibido la decisión inicial sobre su queja. Una vez hayamos recibido su queja, nosotros le enviaremos una carta informándole que su queja fue recibida, e informándole el nombre, dirección y teléfono de la persona que hemos designado para darle respuesta

a su apelación. Todas las apelaciones a las decisiones tomadas sobre las quejas presentadas serán manejadas por profesionales adecuados, incluyendo profesionales de la salud (que no estaban implicados en la decisión inicial) para quejas relacionadas con asuntos de la salud.

Para *quejas normales*, nosotros tomaremos una **decisión** sobre la apelación **dentro de los 30 días hábiles** siguientes a haber recibido toda la información necesaria para tomar la decisión. Nosotros tomaremos una decisión expedita sobre la apelación si consideramos que una demora aumentaría significativamente el riesgo a su salud. Para *apelaciones expeditas a las decisiones sobre quejas* se tomará una **decisión dentro de los 2 días hábiles** siguientes al recibimiento de la información necesaria. Tanto para apelaciones normales como expeditas, usted recibirá notificación escrita de nuestra decisión. La notificación incluirá las razones detalladas de nuestra decisión y en los casos que implican asuntos clínicos, las razones clínicas para haber tomado la decisión.

¿Qué es una acción?

Cuando ICS limita o niega servicios que usted o su proveedor ha solicitado, niega referirlo, decide que un servicio no es un

beneficio cubierto, reduce, suspende o termina servicios que ya le habían sido autorizados, no suministra los servicios a tiempo, o no decide sobre las quejas formales o apelaciones dentro de los marcos de tiempo requeridos, esos casos son considerados “acciones” del plan. Una acción está sujeta a apelación. (Ver más adelante, **Cómo presentar una apelación de una acción** para obtener más información.)

Tiempo para notificar la acción

Si ICS decide negar o limitar los servicios que usted solicitó o decide no pagar todo o parte de un servicio cubierto, nosotros le enviaremos una notificación cuando tomemos la decisión. Si estamos proponiendo reducir, suspender, o terminar un servicio que está autorizado, nuestra carta será enviada con mínimo 10 días de anticipación a la fecha en que tenemos la intención de cambiar el servicio.

Contenido de la notificación de la acción

Cualquier notificación que nosotros le enviemos sobre una acción deberá:

- Explicar la acción que hemos tomado y tenemos la intención de tomar.
- Explicar las razones para tomar la acción, incluyendo las razones clínicas, si las hay.
- Describir su derecho a presentar una

apelación ante nosotros (incluyendo si usted también tiene el derecho a un proceso externo de apelación con el Estado).

- Describir como se presenta una apelación interna y cuáles son las circunstancias bajo las cuales usted puede solicitar una revisión expedita de su apelación interna;
- Describir la disponibilidad de los criterios de revisión clínicas utilizados por ICS para tomar la decisión, si la acción implica asuntos de necesidad médica o si el tratamiento o servicio en cuestión fue experimental o investigativo.
- Describir la información, si la hay, que usted o su proveedor debe suministrar para que ICS tome una decisión sobre la apelación.

Si ICS está reduciendo, suspendiendo o terminando un servicio autorizado, la notificación también le dirá acerca de su derecho a que el servicio continúe mientras nosotros tomamos una decisión con respecto a su apelación: como solicitar que se continúe el servicio; y las circunstancias bajo las cuales usted podría tener que pagar por servicios si se continúan mientras nosotros revisamos su apelación.

Cómo presentar apelación a una acción

Si usted no está de acuerdo con una acción tomada por ICS, usted puede apelar.

Cuando usted presenta una apelación, ICS revisará las razones de nuestra acción para decidir si hicimos lo correcto. Usted puede presentar una apelación de una acción a ICS llamando al personal de la Defensoría del Miembro al teléfono 1-212-584-2500 o escribiéndonos — Cuando ICS le envía una carta sobre la acción que está tomando (como negar o limitar servicios, o no pagar por servicios), usted tiene 45 días calendario (desde la fecha en que se le notifique) para presentar la solicitud de apelación. Usted nos puede llamar para presentar la solicitud de apelación, pero usted debe presentar una solicitud escrita a menos que esté pidiendo una revisión expedita.

Cómo contactar a ICS para presentar una apelación

El personal de ICS puede ser contactado llamando al 1-877-ICS-2525. Pida hablar con el Director de Defensoría. Si usted está presentando una apelación por escrito, por favor envíela por correo a la siguiente dirección:

Advocacy Director
Independence Care System
257 Park Ave. South, 2nd floor
New York, N.Y. 10010

Su apelación será rastreada y el personal apropiado revisará las acciones que

respaldan la decisión. Nosotros le enviaremos una carta indicando que hemos recibido su apelación, y la forma como la vamos a manejar. Su apelación será revisada por personal con el debido conocimiento, que no haya estado involucrado en la decisión o acción inicial del plan que usted está apelando.

Como solicitar que se continúen prestando los servicios durante un proceso de apelación

Si usted está apelando una reducción, suspensión o terminación de servicios que actualmente está autorizado a recibir, usted puede solicitar que se continúen prestando esos servicios mientras ICS toma una decisión sobre su apelación. ICS debe continuar su servicio si usted presenta la solicitud a más tardar 10 días después del envío por correo de la notificación sobre nuestra intención de reducir, terminar o suspender sus servicios y la fecha en la cual tenemos la intención de hacer efectiva nuestra acción, y si el período original cubierto por la autorización del servicios no ha expirado. Sus servicios se continuarán prestando hasta que usted retire la apelación, o el período original de autorización se haya cumplido, o hasta 10 días después de que nosotros enviemos por correo la notificación de nuestra decisión sobre su apelación, a menos que

usted haya solicitado una Audiencia Justa a Medicaid del Estado de Nueva York, con la continuación de servicios. (Ver la sección sobre Audiencia Justa más adelante).

Aunque usted puede solicitar la continuación de los servicios mientras su apelación está siendo revisada, si la apelación no se decide a favor suyo, ICS puede obligarle a pagar por esos servicios, solo si fueron prestados porque usted solicitó continuar recibéndolos mientras se revisaba el proceso de apelación.

¿Cuánto tiempo se tomará ICS en decidir sobre mi apelación a una acción?

A menos que usted solicite una revisión expedita, ICS revisará su apelación de la acción como un apelación estándar y le enviará a usted una decisión escrita, tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero no más de 30 días a partir de la fecha en que se recibió su apelación. (El período de revisión puede extenderse hasta 14 días a solicitud suya o si nosotros necesitamos más información y la demora es para interés suyo). Durante nuestra revisión, usted tendrá la oportunidad de presentar su caso en persona y por escrito. Usted también tendrá la oportunidad de mirar cualquiera de nuestros registros que

forman parte de la revisión de la apelación.

Nosotros trataremos de enviarle una notificación sobre la decisión que tomamos con respecto a su apelación que identifique la decisión tomada y la fecha en la cual tomamos dicha decisión. Si nosotros revertimos nuestra decisión de negar o limitar los servicios solicitados, o de reducir, suspender o terminar servicios, y los servicios no fueron prestados mientras la apelación estaba pendiente, nosotros le proporcionaremos los servicios tan pronto como su estado de salud lo requiera. En algunos casos, usted puede solicitar una apelación “expedita”. (Ver la Sección sobre Apelación Expedita a continuación).

Proceso de Apelación Expedita

Si usted o su proveedor consideran que tomarse el tiempo de una apelación normal podría resultar en un serio problema para su vida o su salud, usted puede solicitar la revisión expedita de su apelación a una acción. ICS le responderá dentro de los dos días hábiles siguientes a la recepción de la información necesaria. En ningún caso se tomará una decisión en más de 3 días hábiles después de haber recibido su apelación. (El período de revisión puede extenderse hasta 14 días a solicitud suya o si nosotros necesitamos más información y la demora es para interés suyo)

Si nosotros no estamos de acuerdo con su solicitud para expeditar su apelación, nosotros nos esforzaremos en contactarlo a usted en persona para dejar saber que hemos negado su solicitud para obtener una apelación expedita y la manejaremos como una apelación normal. Así mismo le enviaremos una notificación escrita de nuestra decisión de negarle su solicitud para obtener una apelación expedita, dentro de los 2 días siguientes a la recepción de su solicitud.

Si ICS niega su apelación ¿Cuáles son sus opciones?

Si la decisión de ICS sobre su apelación no está totalmente a su favor, usted recibirá una notificación explicándole sus derechos a obtener una Audiencia Justa de Medicaid de parte del Estado de Nueva York. La notificación le explicará como obtener una Audiencia Justa (llame sin costo alguno al número 1-800-342-3334), quién puede representarlo en la audiencia y, en el caso de algunas apelaciones, su derecho a solicitar seguir recibiendo los servicios mientras la audiencia está pendiente y cómo presentar esa solicitud. Si ICS niega su apelación por razones de necesidad médica o porque el servicio en cuestión es experimental o investigativo, la notificación también explicará como solicitarle al

Estado de Nueva York una “apelación externa” a la decisión de ICS.

Las Audiencias Estatales Justas

Si ICS no decidió la apelación totalmente a favor suyo, usted puede solicitar una Audiencia Justa de Medicaid al Estado de Nueva York **dentro de los 60 días** después de la fecha en la cual le enviamos la notificación de la decisión de ICS sobre su apelación.

Si su apelación implica reducción, suspensión o autorización de servicios que usted está recibiendo en la actualidad y usted ha solicitado una Audiencia Justa, usted también puede solicitar que se le sigan prestando estos servicios mientras espera la decisión de la Audiencia Justa. Usted deberá marcar en el formato que presenta para solicitar una Audiencia Justa, la casilla indicando que desea que los servicios en cuestión se le sigan prestando. Su solicitud de continuar con los servicios debe presentarse dentro de los

10 días siguientes a la fecha en que la decisión de apelación le fue enviada por ICS o a más tardar antes de la fecha en que tenemos la intención de reducir, suspender o terminar sus servicios, de las dos la que ocurra de último. Sus beneficios continuarán hasta que usted retire la

apelación, se termine el período de la autorización original, o el Funcionario I de la Audiencia Estatal Justa emita una decisión que no sea a favor suyo, lo que ocurra primero.

Si el Funcionario I de la Audiencia Estatal Justa revierte nuestra decisión, ICS debe asegurarse que usted reciba el servicios disputado con prontitud, tan pronto como su estado de salud lo requiera. Si usted recibe los servicios disputados mientras su apelación está pendiente, ICS se responsabiliza del pago de los servicios cubiertos ordenados por el Funcionario I de la Audiencia Estatal Justa.

Apelaciones Estatales Externas

Si ICS niega su apelación porque determinamos que el servicio no es médicamente necesario o es experimental o investigativo, usted puede solicitar una *apelación externa* al Estado de Nueva York. La apelación externa la deciden revisores que no trabajan ni para ICS ni para el Estado de Nueva York. Estos revisores son profesionales calificados por el Estado de Nueva York. Usted no tiene que pagar por una apelación externa.

Cuando nosotros tomamos la decisión de negar una apelación por falta de necesidad médica o con base en que el servicio es experimental o investigativo, nosotros le

proporcionaremos la información sobre cómo presentar una apelación externa, junto con nuestra decisión de negar una apelación. Si usted desea una apelación externa, deberá presentar el formato al Departamento de Seguros del Estado de Nueva York dentro de los 45 días siguientes a la fecha en que su apelación fue negada por ICS.

Su apelación externa será decidida dentro de 30 días. Es posible que se necesiten 5 días hábiles más si el revisor externo necesita más información. El revisor le informará la decisión final a usted y a ICS dentro de los 2 días hábiles después de haber tomado la decisión.

Usted puede obtener una decisión más rápida si su médico puede decir que una demora le causaría serios problemas a su salud. Esto se llama *apelación externa expedita*. El revisor externo decidirá una apelación expedita en 3 días o menos. El revisor le avisará a usted y a ICS la decisión inmediatamente, por teléfono o por fax. Usted también recibirá copia escrita de la decisión tan pronto como sea práctico hacerlo.

Usted podrá solicitar tanto una Audiencia Justa como una apelación externa. Si pide ambas, la decisión del Funcionario I de la Audiencia Justa es la que cuenta.

Culminación de la Afiliación

Si usted no está satisfecho con los servicios prestados por o a través de ICS, o si cree que en aras de su mejor interés debe terminar su afiliación a ICS, usted tiene derecho a desafilarse.

Si usted desea desafilarse, nos puede avisar oralmente o por escrito. Usted puede firmar un Formato de Desafiliación de ICS, o nosotros escribiremos su solicitud para confirmar sus deseos y enviaremos la solicitud a HRA para que sea procesada de manera que a usted le sea restablecido completamente el plan honorarios-por-servicio de Medicaid o cualquier otro plan de cuidado administrado. Su director (a) de cuidado también le ayudará a conectarse con los servicios que pueda necesitar. Se pueden necesitar entre 15 y 60 días para restablecer el plan honorarios-por-servicio de Medicaid o afiliarse a otro plan de atención administrada, y durante ese tiempo ICS continuará prestando los servicios necesarios, como están descritos en su plan de cuidado. *Si usted se desafilia de ICS, usted no perderá su cobertura de Medicare o Medicaid.*

ICS le sugiere llamar a su director(a) de cuidado o al personal de la Defensoría de ICS, sin costo alguno al número

(1-877-ICS-2525), para discutir cualquier problema que tenga relacionado con su decisión de cancelar su afiliación.

Esperamos poder manejar sus necesidades para satisfacerlo, pero desafilarse es algo que *usted escoge* y no es necesario pasar a través del personal de Defensoría si se quiere desafiliar.

Condiciones que pueden conducir a la cancelación de la afiliación por parte de ICS

ICS valora su afiliación pero ICS *tiene que desafiliarlo del programa* en las situaciones que se relacionan a continuación:

- Cuando usted ya no tiene derecho a Medicaid.
- Cuando usted se muda fuera del área de servicio de ICS (Bronx, Manhattan y Brooklyn).
- Cuando usted sale del área de servicio de ICS (Bronx, Manhattan, Brooklyn) por más de 60 días.
- Cuando usted está hospitalizado o es paciente interno en una Institución de Salud Mental, Retardo Mental, Discapacidades del Desarrollo o Abuso de Alcohol o Sustancias, por más de 45 días.
- Cuando usted necesita ser enviado a un hogar de reposo/recuperación, pero no tiene derecho a este tipo de atención según el reglamento institucional del

programa Medicaid.

- Cuando su evaluación anual indica que usted ya no necesita asistencia domiciliaria con base en las medidas de evaluación del Departamento de Salud del Estado de Nueva York, y se espera que usted no vaya a necesitar este nivel de asistencia por los próximos seis meses, a menos que la discontinuación de los servicios de ICS lo pongan en riesgo de tener que ser enviado a un hogar de reposo/recuperación.

ICS puede desafiliarlo si:

- Usted no se esfuerza en pagar cualquier obligación de pago que usted haya acordado pagar, dentro de los 30 días a partir de la fecha de vencimiento de esa obligación, siempre y cuando se hayan hecho los esfuerzos razonables para recolectar la suma adeudada, incluyendo una solicitud de pago escrita y la explicación de que usted corre el riesgo de desafiliación.
- Usted o su familia, sabiéndolo, no completan ni entregan un consentimiento informado o cualquier otro documento necesario para obtener servicios o pagos por parte de Medicare o Medicaid.
- Usted a sabiendas proporciona información falsa, se compromete en conducta fraudulenta o engaña a ICS de

cualquier forma, o se compromete en conducta fraudulenta con respecto a cualquier aspecto importante de la afiliación a ICS.

- Usted adopta una conducta o comportamiento que impida seriamente la capacidad de ICS a proporcionarle los servicios, siempre y cuando ICS haya documentado los esfuerzos razonables que se hayan hecho para resolver los problemas que usted presenta.
- Su médico se niega a colaborar con ICS en el desarrollo e implementación de su plan de cuidado. La colaboración del médico significa su voluntad de referirlo a los proveedores de la red y a escribir las órdenes para los servicios cubiertos.

Protección de sus derechos

ICS no puede solicitar la desafiliación debido a cambios adversos en su estado de salud, el uso de los servicios de salud, la disminución de su capacidad mental, o la falta de cooperación o comportamiento perturbador que resulte de necesidades especiales.

Para proteger sus derechos, todas las recomendaciones para una desafiliación involuntaria son revisadas por el Director de Defensoría. Los miembros que están en riesgo de ser desafiliados involuntariamente recibirán una notificación escrita de su

director (a) de ICS alertándolos sobre ese riesgo y se les recordará que su punto de vista podrá ser escuchado en una reunión conferencia sobre el caso. Si un miembro decide no responder a la *Notificación de ICS Sobre Posible Desafiliación* o si no desea participar en una conferencia sobre el caso para tratar el problema, ICS presentará la solicitud de desafiliación involuntaria con las respectivas justificaciones a Human Resources Administration para su revisión y decisión. Los miembros recibirán notificación escrita cuando ICS presente a HRA una solicitud de desafiliación involuntaria. HRA notificará su decisión directamente al miembro y éste recibirá de HRA una notificación donde le comunican su derecho a una audiencia justa si está de acuerdo con la desafiliación involuntaria. El/la directora (a) de cuidado también contactará al miembro para discutir la decisión de HRA y para finalizar los planes para suplir las necesidades del miembro a través del plan honorarios-por-servicio de Medicaid u otro plan de cuidado administrado.

Los servicios cubiertos se prestan hasta que se cumpla la fecha efectiva de desafiliación, se agoten los derechos a una Audiencia Justa, y el miembro se conecte de nuevo con el plan honorarios-por-servicio de Medicaid, otro plan de cuidado

administrado o cualquier servicio necesario. Si el miembro solicita una audiencia justa de la Oficina de Asistencia Temporal y a Discapacitados del Estado de Nueva York (OTADA) en forma oportuna, los servicios (es decir la ayuda continua) permanecerán hasta que se tome una decisión en la audiencia justa.

Si HRA no está de acuerdo con la solicitud de ICS de desafiliar involuntariamente al Socio, ICS puede solicitar otra revisión de la situación del caso por parte del Director Médico del distrito de servicio social (HRA). ICS notificará al socio de la decisión del Director Médico de HRA y planeará continuar los servicios si el miembro permanece en el plan de ICS.

Los miembros que son desafiliados podrán ser afiliados nuevamente si el miembro lo solicita, siempre y cuando la razón original para la desafiliación haya sido resuelta.

Información que se proporciona mediante una solicitud

ICS pondrá a disposición suya, mediante solicitud, información acerca del funcionamiento del plan:

- Una lista de nombres, direcciones de trabajo y cargos oficiales de los miembros de la Junta de Directiva y funcionarios de ICS;

-
- Una copia del más reciente estado financiero certificado del plan, incluyendo la hoja de ingresos y egresos y un resumen de los recibos y desembolsos preparado por un contador público certificado.
 - Información relacionada con las quejas de los consumidores e información agregada relacionada con las quejas formales y apelaciones.
 - Una descripción de los procedimientos que el plan sigue en la toma de decisiones sobre aparatos médicos.
 - Afiliaciones de los practicantes médicos individuales con los hospitales y otras instituciones participantes, si las hay.
 - Estado de la licencia, certificación y acreditación de los proveedores de la red.
 - Criterios específicos de la revisión clínica relacionada con un estado particular o enfermedad y, cuando sea apropiado, otra información clínica que ICS pueda considerar utilizar en la revisión y como será utilizada en el proceso de revisión con el fin de ayudar a los afiliados y eventuales afiliados a evaluar los servicios cubiertos que presta ICS.
 - Procedimientos de solicitud escritos y

requisitos mínimos de calificación para los proveedores de atención médica que serán considerados por ICS.

- Información comparativa sobre el plan, incluyendo indicadores de calidad y desempeño, y otra información descriptiva y estadística que haya sido revelada por el Departamento de Salud de NYS y el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid.
- Procedimientos para proteger la confidencialidad de los registros médicos y otra información de los afiliados.

Adicionalmente, los profesionales de la salud licenciados, registrados o certificados según el Artículo 8 de la Ley Estatal de Educación deben proporcionar a los afiliados y eventuales afiliados la información relacionada con la educación, capacitación, experiencia, afiliación a instituciones y participación en revisiones de desempeño clínico llevados a cabo por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, si lo solicitan.

Participación de los Miembros

Nosotros creemos que como “Miembro” usted debe tener la oportunidad de participar activamente en el gobierno de nuestra organización. Durante la orientación formal (dentro de los 60 días siguientes a la afiliación) el personal de ICS le explicará que los socios, además de desarrollar sus propios planes de cuidado con sus propios directores de cuidado, tienen representantes consumidores en la Junta Directiva. AL tener una voz en la administración del cuidado y en la Junta, usted puede darle forma a las políticas y programas que ICS tiene para ofrecer.

La Junta Directiva — La Junta Directiva de ICS tiene dos representantes de los consumidores para presentar su punto de vista en temas tales como el objetivo de ICS y su progreso con base en la misión y visión de ICS. Como parte de la Junta Directiva, los representantes de los consumidores se reúnen regularmente con los otros siete miembros de la Junta. Los otros miembros de la Junta son: el Presidente de ICS, los Presidentes de la Cooperativa

de Cuidado domiciliario, y el Instituto de Asistentes Profesionales de Cuidado Médico, como organizaciones patrocinadoras, y la comunidad de proveedores profesionales, política pública y comunidad. Juntos, son las personas responsables de gobernar y dirigir ICS (los nombres y teléfonos de los Miembros de la Junta Directiva están disponibles a solicitud).

Comité para Mejorar el Desempeño — El objeto del Programa de Mejora al Desempeño del ICS, (PI abreviatura inglés) es proporcionar un método sistemático para monitorear y mejorar continuamente la calidad de los servicios entregados a los miembros de ICS. ICS buscará su opinión sobre todas las interacciones con usted, desde el proceso de afiliación hasta los servicios prestados, la respuesta de nuestro personal y de la red de proveedores. A usted se le solicitará participar en encuestas de satisfacción de miembros e ICS escuchará sus recomendaciones y ajustará nuestros servicios según lo considere apropiado.

Comunicaciones con los Miembros

Independence Care System se compromete a mantenerlo informado sobre nuestra red de servicios y a utilizar la información *suministrada por usted* para desarrollar y mejorar la forma como le servimos.

Durante el primer trimestre de cada año calendario, su director (a) de cuidado de ICS le entregará una lista actualizada de la red de proveedores de ICS y copias de las políticas y procedimientos actualizados, los cuales usted debe mantener en su Manual del Miembro.

Números telefónicos importantes

Mantenga estos teléfonos a la mano.

Servicio al Miembro — 1-877-ICS-2525

ICS TDD/TTY (durante horas hábiles) — 1-877-ICS-2525

Servicio de Relevos de Nueva York TDD/TTY (después de horas hábiles) — 1-800-662-1220 (para teletipo a voz), 1-800-421-1220 (para voz a teletipo)

Línea de Idiomas de AT&T — llame al número sin costo de ICS 1-877-ICS-2525 para conectarse con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York — 1-866-712-7917

Directivas Avanzadas

Todos los miembros tienen derecho a *una directiva avanzada*, esto quiere decir, tienen derecho a hacer saber claramente sus deseos para recibir cuidado o tratamiento al final de la vida en caso de que usted no pueda hablar por sí mismo. Esto incluye el derecho a otorgar poder a una persona para que hable por usted en asuntos de salud, si usted no puede hacerlo. Los miembros que ya tienen una directiva

avanzada y ya han otorgado poder a una persona para que tome decisiones relacionadas con su salud, deberán poner una copia a disposición de ICS para utilizarla con los correspondientes proveedores de servicios médicos. Los miembros interesados en más información sobre estos temas pueden solicitar los formatos correspondientes a su director(a) de cuidado quien estará listo(a) a responder cualquier pregunta o inquietud adicional.

Atención Médica para Adultos Durante el Día

¿Qué Está Cubierto?

La Atención Médica para Adultos Durante el Día (ADHC) presta servicios especializados tales como enfermería, terapia física, del habla y ocupacional en un ambiente de programa de día ofrecido en un lugar de cuidado médico residencial o en un lugar de cuidado aprobado. Otros servicios que están disponibles en ADHC son: asesoría nutricional, actividades de socialización, odontología, podología y administración de medicamentos. El transporte hacia y desde el sitio de cuidado puede estar incluido en la tarifa diaria.

Pautas para Solicitarlo

- La ADHC debe ser considerada en el caso de miembros que necesitan **uno o más** servicios especializados y se pueden beneficiar de la socialización de un ambiente de grupo
- Los servicios de ADHC se pueden utilizar en lugar de la atención personal
- El/la director(a) de cuidado debe hacer los arreglos para que el miembro visite la ADHC y debe obtener una recomendación sobre la programación de parte del centro
- La ADHC obtiene la orden del MD
- Al recibir la orden del MD, la autorización del/la directora(a) de cuidado se documenta en el plan de cuidado

Exclusiones

No se debe utilizar solamente para fines de socialización (ver las opciones de Atención Social de Día).

Aprobación Necesaria

Se requiere orden Médica

Atención audiológica

¿Qué Está Cubierto?

1. Examen auditivo
2. Evaluación de audífonos
3. Selección, adaptación y despacho de audífonos
4. Reparación de audífonos
5. Reemplazo de accesorios (pilas) cuando sea necesario para mantener los audífonos en condiciones de funcionamiento

Pautas para Solicitarlo

- Los miembros pueden auto referirse para el examen auditivo a un proveedor de la red cuando sea médicamente necesario aliviar la discapacidad causada por la pérdida o afectación de la audición
- Si se requieren otros bienes y servicios, el proveedor de la red solicitará la autorización con base en el juicio profesional, clínico y las normas que tratan de las necesidades específicas del miembro
- Cuando ordene audífono(s) asegúrese completar la información de la garantía
- Se puede ordenar un par de audífonos cada tres (3) años

-
- Las reparaciones o reemplazos debido a daño o pérdida documentada, se pueden hacer en cualquier momento
 - El/la director (a) de cuidado debe incluir la necesidad de este servicio en el Plan de cuidado con base en la información que reciba del miembro sobre su dificultad auditiva

Exclusiones

- Los audífonos dentro del conducto (ITC) que son digitales o programables no están cubiertos

¿Se requiere orden del MD?

NO

Aprobación Necesaria

Los miembros tienen acceso directo al examen auditivo a través de un proveedor de la red. Los directores de cuidado pueden autorizar los audífonos y artículos cuyo costo esté por debajo de los \$500 que cumplan con los criterios de las directrices para ordenar referenciados anteriormente. Si un(a) director(a) de cuidado no está seguro(a) del artículo, deben revisarlo con su supervisor(a) o con un colega clínico revisor.

Los artículos que cuestan más que \$500 requieren revisión por parte del (a) supervisor(a) con el fin de determinar la costo efectividad y la necesidad médica. Los supervisores consultarán con un colega médico revisor antes de tomar la

determinación.

Atención Odontológica

¿Qué Está Cubierto?

- Examen odontológico rutinario preventivo y tratamiento una vez cada seis meses, como por ejemplo: Exámenes, Limpieza, Eliminación de la placa en encías, Rayos X
- Restauraciones tales como: Calzas, Puentes, Prótesis dentales
- Las prótesis dentales que se pierden o dañan debido a pérdida, fuego o robo pueden ser reemplazadas con la documentación apropiada

Pautas para Solicitarlo

- Los miembros pueden auto referirse para atención odontológica con la red de proveedores de servicios odontológicos
- Los miembros pueden escoger cualquier odontólogo de la red de proveedores: el odontólogo obtendrá la autorización de pago de parte de ICS
- Cuando el plan de tratamiento odontológico cuesta más de \$2,000, el proveedor enviará un plan de tratamiento y los rayos X al Director(a) de cuidado para que sea revisado por el colega revisor odontológico quien evaluará el plan con base en su juicio profesional, clínico y las directrices profesionales generalmente

aceptadas (por Ej. Asociación Odontológica Americana)

- El/la director(a) de cuidado debe incluir la necesidad de servicios odontológicos en el plan de cuidado

Exclusiones

Implantes dentales

¿Se requiere orden médica?

No

Aprobación Necesaria

Los miembros pueden auto referirse a un proveedor de la red para el examen semestral de rutina y la atención de emergencia. El proveedor solicitará autorización de pago para cualquier tratamiento (rutinario o no rutinario) que sea necesario prestar como consecuencia del examen. Los directores de cuidado pueden autorizar el costo del plan de tratamiento cuando es menos de \$2,000 siguiendo las pautas de cobertura de honorarios-por servicio de Medicaid. Si el plan de tratamiento cuesta más de \$2,000, el plan debe ser sometido a revisión por parte de un consultor odontológico licenciado (eventual revisión de un colega) antes de ser autorizado. El consultor utilizará su criterio profesional, clínico y basará su decisión en las pautas profesionales generalmente aceptadas.

Equipo Médico Duradero

¿Qué Está Cubierto?

Aparatos y equipo necesario para el tratamiento de una condición médica específica, o utilizado como soporte para el funcionamiento en actividades del diario vivir

Esto incluye, pero no está limitado a:

- Aparatos de movilidad tales como sillas de ruedas, caminadores, bastones y “scooters”
- Camas
- Equipo para el baño
- Ayudas adaptables tales como aparatos para alcanzar objetos
- Reparación del equipo antes mencionado

Pautas para Solicitarlo

- Los directores de cuidado autorizarán previamente los equipos duraderos médicamente necesarios como parte del plan de cuidado
- Cuando se solicita una silla de ruedas o un “scooter”, el director(a) de cuidado debe seguir los pasos del proceso de ICS con el/la Coordinador(a) de Rehabilitación de ICS (referencia: Guía de ICS para Sillas de Ruedas/ Equipo de Movilidad)
- Las reparaciones se deben dirigir al proceso de la clínica de reparación de ICS (la misma referencia)

- Las camas y colchones siguen un proceso de aprobación separado (Referencia: Guía de ICS para camas hospitalarias)
- Los artículos que están cubiertos por Medicare se compran o rentan según las pautas de pago de Medicare
- Los artículos pequeños tales como: muletas, caminadores, bastones, generalmente se compran
- Los artículos mecánicos más grandes (camas hospitalarias, elevadores “hoyer lift”, etc.) se arrienda para obtener servicio de mantenimiento cuando sea necesario
- El servicio de mantenimiento está cubierto por el proveedor del equipo, durante el período de arrendamiento
- ICS cubrirá las reparaciones de los equipos comprados si financieramente es preferible reparar que reemplazar

¿Se requiere orden médica?

Si

Aprobación Necesaria

El proceso para los artículos especiales que necesitan evaluación profesional por parte de terapeutas físicos u ocupacionales para garantizar la adaptación adecuada. El proceso se describe en las Pautas para Solicitar Sillas de Ruedas y Camas Hospitalarias.

Servicio de Asistencia para atención domiciliaria

¿Qué Está Cubierto?

- Los asistentes de Salud Domiciliarios (HHA) proporcionados como parte de un plan de tratamiento administrado por un Certified Home Health Agency
- Asistentes de Atención Personal (PCA)
- Asistentes Personales
- Asistentes domésticos

Pautas para Solicitarlo

El/la administrador(a) del cuidado de RN diligencia la herramienta de Evaluación de Cuidado Domiciliario y revisa las pautas del Departamento de Salud sobre el alcance de la práctica de asistentes de Salud/Asistentes de cuidado Personal Domiciliario para determinar el tipo adecuado y el número de horas de asistencia domiciliaria que se requieren, considerando el papel de los apoyos informales y de los arreglos de vivienda del miembro

Exclusiones

No se deben aprobar horas de trabajo para asistencia domiciliaria por el tiempo que el miembro está en un programa de cuidado médica de día o tratamiento de diálisis.

¿Se requiere orden del MD?

Sí. El médico certifica la necesidad del servicio, pero no decide el número de

horas, aunque puede hacer una recomendación. No se necesita orden médica para servicio doméstico.

Aprobación Necesaria

El/la director (a) de cuidado incluye la necesidad de obtener los servicios de asistencia domiciliaria en el plan de cuidado y autoriza el tipo de servicio y el número de horas.

Entrega de Comidas a Domicilio

¿Qué Está Cubierto?

La entrega de comidas a domicilio se proporciona según el plan del miembro

Los miembros que necesitan ayuda con la preparación de las comidas (es decir los que no pueden cocinar, o no es seguro cocinar o no tienen instalaciones para cocinar) y tienen menos de 4 horas diarias de servicio domiciliario tienen derecho a la entrega de una comida diaria.

Bajo circunstancias especiales (por ej. PCA no puede preparar los requerimientos dietéticos especiales para tratar los cambios nutricionales) un miembro puede recibir dos (2) comidas diarias por un período de tiempo limitado.

Pautas para Solicitarlo

- El/la director (a) de cuidado debe evaluar la funcionalidad del miembro y las

necesidades especiales de nutrición que tenga con base en el diagnóstico (por ej. apoyo para curar una herida, manejo del peso, manejo de la diabetes)

- La comida puede ser entregada congelada para recalentar o caliente
- El/la director(a) de cuidado debe especificar las restricciones alimenticias, alergias y preferencias del miembro en la autorización
- La autorización del/la directora(a) de cuidado es parte del plan de salud

Exclusiones

Ninguna

¿Se requiere orden médica?

No

Aprobación Necesaria

Siempre y cuando las necesidades del miembro cumplan con las pautas de solicitud referenciadas arriba, el servicio será autorizado

Suministros Médicos

¿Qué Está Cubierto?

Los suministros médicos y artículos para la salud diferentes a los medicamentos, prótesis y aparatos ortopédicos, y el equipo médico duradero que se utiliza en el tratamiento de una condición médica específica y que son consumibles, no

reutilizables, desechables. Esto incluye pero no está limitado a lo siguiente:

- Suministros para la diabetes, si no están provistos por un plan de farmacia
- Vendas y otros suministros para curar heridas
- Catéteres urinarios
- Suministros para incontinencia (por ej. ropa interior desechable, calzones, almohadillas interiores)
- Suplementos alimenticios tales como Ensure

Pautas para Solicitarlo

Los directores de cuidado autorizarán los suministros médicos necesarios. Se necesita la siguiente información para que el /la director(a) de cuidado ordene los suministros médicos:

- Determinar la necesidad médica
- Información específica sobre los suministros solicitados

¿Se requiere orden médica?

Sí

Aprobación Necesaria

Mientras haya la necesidad médica para ordenar los suministros médicos recetados, éstos serán ordenados

Atención en Hogar de Reposo/Recuperación

¿Qué Está Cubierto?

Atención post-aguda, rehabilitación a corto plazo, atención para el descanso, y atención protegida a largo plazo en las instalaciones de un hogar de reposo/recuperación especializado, con licencia del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Las tarifas por día de un hogar de reposo/recuperación cubre:

- Habitación semi-privada & alimentación
- Servicios de enfermería y de atención personal, incluyendo asistencia con todas las actividades del diario vivir
- Servicios de rehabilitación
- Actividades sociales y recreativas
- Mantenimiento de la habitación del miembro
- Otros servicios relacionados con el establecimiento

Pautas para Solicitarlo

Hay dos puntos que determinan si los miembros tienen la posibilidad de necesitar atención en un hogar de reposo/recuperación:

1. Atención hospitalaria post-aguda
2. Cuando las necesidades de un miembro no se pueden satisfacer en sus hogares en forma adecuada o segura (por ejemplo, cuidado especializado de heridas, atención de enfermería las 24 horas, etc.)

Atención post-aguda:

- Coordinar el plan para dar de alta con el personal que da de alta en el hospital
- Proporcionar una lista de los hogares de reposo/recuperación de la red a la persona que hace los planes para dar de alta. Los hogares de reposo/recuperación que se encuentra en la red de proveedores de ICS deben ser los sitios preferidos, pero si no hay camas disponibles o el miembro tiene Medicare y ésta es una estadía post-aguda cubierta por Medicare, se puede llegar a un acuerdo a corto plazo con la oficina de Relaciones con los Proveedores para que autorice el pago a un hogar que no se encuentra en la red

De la Comunidad:

- Completar el Instrumento de Revisión del Paciente (PRI) por parte de un(a) enfermero (a) calificado (a)
- Enviar el PRI a los establecimientos de la red de hogares de reposo/recuperación

¿Se requiere orden médica?

Sí — le hogar de reposo/recuperación generalmente recibirá la orden médica directamente.

Aprobación Necesaria

Se requiere autorización del (la) director (a) de cuidado

Servicios de Nutrición

¿Qué Está Cubierto?

- Evaluación por parte de un(a) nutricionista calificado del estado nutricional, las preferencias alimenticias y la necesidad de dietas terapéuticas
- Educación alimenticia como parte de un plan de tratamiento

Pautas para Solicitarlo

- Los servicios de nutrición están indicados con el fin de evaluar el riesgo de un miembro y/o el tratamiento de problemas de nutrición, desórdenes alimenticios, manejo del peso o restricciones alimenticias. Los servicios de nutrición se consideran también en casos para promover cura y complementar el tratamiento de condiciones clínicas
- Debe ser considerada para socios con diagnósticos tales como obesidad (BMI mayor que 25), diabetes, End Stage Renal Disease, enfermedad cardiovascular, cáncer, érdida del apetito, bajo peso, problemas para tragar
- El/la nutricionista determinará el número apropiado de visitas necesarias con base en su evaluación y presentará un plan de tratamiento para autorización. El/la director(a) de cuidado revisará el plan para autorización con base en criterios profesionales y clínicos y normas que tratan sobre las necesidades clínicas

especiales del miembro (por Ej. La Asociación Americana de Diabetes, Asociación Americana de Cardiología, etc.)

- El/la directora(a) de cuidado anotará la necesidad de este servicio en el plan de cuidado

Exclusiones

Ninguna

¿Se requiere orden del MD?

No

Aprobación Necesaria

Los miembros pueden auto referirse para una evaluación de bienestar por año dentro de la red de proveedores.

Los planes de tratamiento recomendados que sean presentados por un(a) nutricionista calificado(a) serán autorizados por el/la directora(a) de cuidado para aquellos miembros que cumplan con los criterios clínicos y diagnósticos mencionados arriba.

Servicios de Optometría

Pautas para Solicitarlo

Los miembros de ICS pueden auto referirse para el examen visual anual a través de un proveedor de la red

El proveedor de la red observará las reglas de pago solicitando la autorización del servicio para todos los artículos formulados,

incluyendo, pero sin limitarse a:

- Lentes de contacto médicamente necesarios y Anteojos /lentes de policarbonato (se reembolsan a la tarifa de Medicaid para lentes correctivos)
- Reemplazo de anteojos perdidos, dañados o destruidos, con documentación
- Dos pares de anteojos en lugar de bifocales para los miembros que no pueden adaptarse a los bifocales
- Lentes de color con documentación médica que certifique la necesidad
- Ayudas para poca visión

Exclusiones

Los miembros con problemas neurológicos, pérdida aguda de visión, IOP elevado, nervios ópticos sospechosos, retinopatía por diabetes, cataratas, deben ser referidos a un oftalmólogo.

Los lentes de contacto y lentes de colores no están cubiertos cuando se formulan solo por razones cosméticas.

¿Se requiere orden del MD?

No

Aprobación Necesaria

Los miembros pueden auto referirse para el examen con un proveedor de la red

Los artículos y servicios con un costo inferior a \$500 se autorizan siguiendo las guías de las tarifas del plan honorarios-

por-servicio de Medicaid. Para artículos con valor mayor que \$500 se requiere revisión del supervisor y cualquier recomendación para negar el pago es revisado por un colega revisor clínico utilizando criterio clínico profesional y las normas de atención para baja visión.

Sistema de Respuesta a Emergencia Personal (PERS)

¿Qué Está Cubierto?

Un aparato electrónico usado por un miembro para asegurar ayuda en caso de una emergencia física, emocional o ambiental.

Esto incluye:

- Instalación del equipo
- Monitoreo del equipo
- Boinas dos activadores de atención personal y un detector de humo

Pautas para Solicitarlo

La autorización para PERS se basa en la evaluación integral del/la director(a) de cuidado incluyendo la evaluación de la discapacidad física del miembro, el grado de riesgo que correría por una emergencia debido a su afección médica o funcional o discapacidad y su grado de aislamiento social

Exclusiones

- El miembro ya no vive en su casa (por ej. Vive en hogar de reposo/recuperación o vivienda de transición)

- Miembros que reciben atención 24 horas o tienen una persona confiable presente en casa todo el tiempo
- Miembros que han mostrado una mejoría significativa en su estado y ya no necesitan PERS

¿Se requiere orden del MD?

Si

Aprobación Necesaria

Autorización del/la directora(a) de cuidado como parte del plan de cuidado

Podología

¿Qué Está Cubierto?

- Cuidados de rutina de los pies tales como limpieza de callos y callosidades, cortada de uñas, atención higiénica como baños y limpieza de pies
- Cuidados no-rutinarios tales como:
 1. Diagnóstico y tratamiento de cualquier lesión o enfermedad en el pie, tales como hongos e infección
 2. Incisiones
 3. Extirpaciones
 4. Eliminación de objetos extraños
 5. Reparación o sutura de tendones, pies, flexores
 6. Tratamiento para dislocaciones

Pautas para Solicitarlo

- Los miembros se pueden auto referir a los podólogos de la red

- El podólogo de la red observará las directrices de pago para solicitar autorización del plan de tratamiento al/la directora (a) de cuidado
- Los miembros con diabetes, úlceras, infecciones, deben ser evaluados por lo menos anualmente por un podólogo de la red
- El/la directora(a) de cuidado debe incluir el servicio de podología en el plan de cuidado

Exclusiones

Ninguna

¿Se requiere orden del MD?

No

Aprobación Necesaria

Si hay duda sobre el plan de tratamiento, el/la director (a) de cuidado referirá cualquier recomendación para negar el servicio a un colega revisor clínico quien basará su decisión en el criterio profesional clínico y las normas fijadas por la Asociación Americana de Podología y/o la Asociación Americana de Diabetes

Servicios de Rehabilitación

¿Qué Está Cubierto?

Los servicios de rehabilitación incluyen terapias física, ocupacional y del habla suministrada por una entidad de rehabilitación licenciada, o

a través de una agencia de rehabilitación a domicilio certificada

- Los servicios de terapia física incluyen examen, diagnóstico y tratamiento de problemas músculo-esqueléticos y neuromusculares
- La terapia ocupacional incluye evaluación del desempeño, evaluación de las destrezas, tratamiento personalizado para mejorar la capacidad de desempeñar actividades del diario vivir
- La terapia del habla incluye evaluación y tratamiento del arrastre de palabras, control de la respiración, temas de la voz, asfixia, tartamudeo, y dificultades para tragar

Pautas para Solicitarlo

- Miembros diagnosticados recientemente que han sufrido derrame cerebral, fracturas, lesiones en la columna vertebral
- Miembros con un reciente descenso en el funcionamiento que tienen el potencial de volver a ser funcionales
- Miembros con reciente agravación de las condiciones existentes, tales como MS, aparición de debilidad
- Miembros en riesgo de caerse — evaluar el hogar para ver si se pueden hacer adaptaciones que brinden seguridad
- Miembros que necesitan equipo nuevo o aparatos de ayuda

-
- El/la directora(a) de cuidado debe incluir la necesidad de la terapia como parte del plan de cuidado

La terapia de mantenimiento se debe considerar para los miembros que sin esta intervención experimentarían pérdida en su movilidad o de la condición cardíaca o aumento en espasticidad, cualquiera de los cuales resultaría en pérdida de la capacidad funcional.

La determinación del lugar donde se practiquen los servicios de rehabilitación (es decir, en la casa o en una institución) debe considerar la funcionalidad del miembro (si necesita permanecer recluso o no), la accesibilidad del apartamento, la necesidad de equipo terapéutico y las metas terapéuticas del miembro.

Exclusiones

Ninguna

Servicios de Asistencia Respiratoria

¿Qué Está Cubierto?

Los procedimientos y técnica preventivos, de mantenimiento y rehabilitación de las vías respiratorias

Incluye:

- Aplicación de oxígeno
- Humidificación y aerosoles
- Presión positiva intermitente
- Ventilación artificial continua

- Administración de medicamentos a través de inhalación y manejo de las vías respiratorias
- Cuidado del miembro
- Educación del miembro

Pautas para Solicitarlo

- La terapia se suministra a través de la red de proveedores de DME
- El/la terapeuta respiratorio acompaña los suministros

Exclusiones

Ninguna

¿Se requiere orden del MD?

Sí

Aprobación Necesaria

Todas las órdenes médicas para los servicios de cuidado respiratorio requieren seguimiento e implementación. El/la director(a) de cuidado autoriza el equipo como parte del plan de cuidado; el componente de servicio es parte del acuerdo contractual con el proveedor del equipo

Servicios especializados de atención de salud en el hogar (Servicios de RN, LPN, MSW)

¿Qué Está Cubierto?

La atención domiciliaria incluye servicios profesionales que son de una naturaleza preventiva, terapéutica y educativa.

Esto incluye:

- Servicio profesional de enfermería
- Servicio Médico Social
- Infusión domiciliaria (quimioterapia, alimentación endovenosa)

Esta sección describe el beneficio del servicio profesional especializado de enfermería y trabajo social. La atención de enfermería profesional incluye tanto enfermeros profesionales registrados (RN) como enfermeros prácticos licenciados (LPN) cuyo arreglo se hace (por contrato) a través de agencias de cuidado domiciliario certificadas, agencias licenciadas y registros de enfermería.

Los servicios médico sociales describen la evaluación social-psicológica y la planeación del tratamiento ofrecido por trabajadores sociales calificados y asistentes de trabajo social.

Pautas para Solicitarlo

La atención profesional de RN se programa para miembros que necesitan supervisión clínica, tratamiento para una condición médica. Por ejemplo:

- Miembros recientemente diagnosticados (por Ej. ACV, DM) que necesitan monitoreo y educación acerca de su diagnóstico y tratamiento
- Miembros con exacerbaciones de su diagnóstico (por Ej. Múltiple esclerosis)

- Monitoreo de signos vitales (por Ej. Pulso, presión arterial, y niveles de glucosa)
- Cuidado de heridas
- Cuidado de ostomías
- Cuidado gastrointestinal /genitourinario
- Administración de medicamentos (incluye medicamentos que requieren prellenado, inyectables y de infusión)
- Supervisión de asistentes domiciliarios

Para Miembros que tienen Medicare y cumplen los criterios de reclusión domiciliaria, el/la director(a) de cuidado debe autorizar una visita de evaluación dentro de los 5 días siguientes a la referencia y solicitar un plan de tratamiento que incluya tratamientos programados, frecuencia de las visitas y número de visitas para cada disciplina.

La atención de LPN debe considerarse cuando el miembro requiere tareas que están fuera del alcance de los asistentes domiciliarios (por ejemplo alimentación por tubo) y no hay ningún familiar o persona cercana capacitada para esa tarea.

Servicios de Trabajo Social — Todos los miembros de ICS reciben servicio médico social a través de trabajadores sociales/asistentes de trabajo social en su unidad.

Exclusiones

Ninguna

¿Se requiere orden del MD?

Sí, una agencia certificada de cuidado a domicilio obtendrá las ordenes del MD por se parado.

Aprobación Necesaria

El/la director(a) de cuidado deberá autorizar servicios de RN ó LPN como parte del plan de cuidado

Servicios Sociales y Ambientales

¿Qué Está Cubierto?

Servicios y artículos que apoyan las necesidades médicas del/la Socio(a) y que forman parte del plan de cuidado del miembro. Esto incluye, pero sin limitarse a:

- Mejoras y modificaciones en el hogar para apoyar el funcionamiento independiente
- Aparatos de ayuda y aparatos eléctricos
- Capacitación en destrezas para vivir independientemente (como utilizar el transporte público, hacer el balance de una chequera, pagar las cuentas, etc.)

Pautas para Solicitarlo

El servicio o artículo debe ser necesario para evitar el empeoramiento de la condición médica, ayudar al socio a funcionar más independientemente, o reducir /sustituir la necesidad empleados para la atención personal

Exclusiones

Artículos que solo se requieren por conveniencia o para recreación

¿Se requiere orden del MD?

No

Aprobación Necesaria

El /la director(a) de cuidado lo autoriza como parte del plan de cuidado. Se requiere revisión del (la) supervisor (a) cuando autorización de los artículos supera los \$500 en costo

Transporte

¿Qué Está Cubierto?

Transporte no de emergencia (por Ej. Transporte público, “Access-A-Ride”, servicio de automóvil, “ambulette”, o ambulancia) para asistir a citas médicas o a las actividades programadas para el día social o día del adulto y que forman parte del plan de cuidado del miembro

Pautas para Solicitarlo

- El/la director(a) de cuidado debe evaluar el modo de transporte apropiado con base en las capacidades del miembro
 - El servicio se suministra hacia y desde las citas médicas y los programas de día
 - El miembro debe avisar con 48 horas de anticipación siempre que sea posible
 - Los miembros que pueden usar transporte público o “Access-A-Ride” reciben reembolso por el costo de este transporte cuando se utiliza para citas médicas o programas de día
-

- El transporte en ambulancia está cubierto para citas que no son de emergencia, solo cuando el miembro requiere transporte en posición acostada (es decir, se requiere pasar de una cama a la otra)
- Los miembros que se pueden pasar por sí mismos y doblar sus sillas de ruedas para el transporte pueden ser tenidos en cuenta para un servicio de automóvil en lugar de “ambulette”
- Los directores de cuidado pueden autorizar el transporte para las actividades de socialización autorizadas en el plan de cuidado, citas en ICS o en agencias del gobierno (por Ej., tribunal, HRA, Seguridad Social)

Exclusiones

Transporte a citas no médicas que no está autorizado por el/la directora(a) de cuidado como parte del plan de cuidado.

¿Se requiere orden del MD?

No

Aprobación Necesaria

Una vez autorizado el nivel de transporte por el/la director(a) de cuidado, los miembros pueden hacer los arreglos de transporte a sus citas médicas o programas de día o a los programas o citas **aprobados por la gerencia de cuidado** (referenciados arriba) directamente con los Centro de Servicios al Miembro

Asistencia Social de Día

¿Qué Está Cubierto?

Los programas de asistencia social de día, proporcionan actividades terapéuticas y recreativas especiales diseñadas para la socialización. Éstos generalmente se llevan a cabo en lugares donde se reúnen grupos bajo el auspicio de un programa de especialidad (por Ej. United Cerebral Palsy) o en un establecimiento (como el Hospital & Hogar Judío, el programa de Día de Chelsea)

Se destacan los siguientes servicios

- Arte y Artesanías
- Actividades físicas
- Música y Canto
- Cocina
- Grupos de discusión
- Fiestas y Festividades
- Diversos Programas Culturales
- Meriendas y Almuerzos

ICS también ofrece una serie de programas que interesan a la población de discapacitados más jóvenes. Entre ellas están:

- Artistas en Ruedas
- Deportes en Silla de Ruedas
- Joyería, y clases de tejido
- Weight Watchers (como parte de una necesidad identificada en el plan de atención para manejo del peso)

Pautas para Solicitarlo

- Los programas del tipo Día Social deben tenerse en cuenta para miembros que se puedan beneficiar de la socialización que este ambiente grupal proporciona
- El/la directora(a) de cuidado debe programar para que el miembro visite la red de programas de día de tipo social y obtener la recomendación del centro para programarlo

Exclusiones

Ninguna

(Otro Lado para Inglés)