

**Aviso de inserción en el Manual para Miembros de MAP
sobre el proceso de apelaciones y quejas a nivel del Plan unificado
CARTA DEL PLAN A LOS MIEMBROS**

Estimado miembro de MetroPlus UltraCare:

El propósito de esta carta es informarle acerca de una actualización importante en su manual para miembros. La actualización estará disponible en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org. Lea esta actualización detenidamente. Se modificará el proceso de apelaciones y quejas de MAP. Estos cambios entrarán en vigor el 1 de enero de 2026.

La actualización del manual para miembros le informa acerca de lo siguiente:

1. ¿Qué cambia desde hoy hasta el 31 de diciembre de 2025?
2. ¿Qué cambia a partir del 1 de enero de 2026?
3. ¿Aún tengo derecho a apelaciones externas por los beneficios cubiertos de Medicaid?
4. ¿Dónde puedo obtener más información?

Se adjunta una referencia rápida sobre estos cambios. Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560) si usted:

- tiene preguntas sobre esta información;
- no puede acceder a internet para ver la actualización del manual; o
- desea que le envíen el manual actualizado por correo.

Conserve esta actualización con su manual para miembros de **MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)**.

Atentamente.

MetroPlusHealth

Cambio importante en las apelaciones para los miembros de Medicaid Advantage Plus

¿Qué cambia desde hoy hasta el 31 de diciembre de 2025?

No hay cambios en el proceso de apelaciones de nivel 2 hasta fines de 2025. Si denegamos su apelación de nivel 1 (también conocida como apelación a nivel del Plan), su caso **se enviará automáticamente a apelaciones de nivel 2** a una oficina de audiencia.

¿Qué cambia a partir del 1 de enero de 2026?

La manera en que solicita su apelación de nivel 2. A partir de enero de 2026, si pierde una apelación a nivel del Plan de nivel 1, los próximos pasos de la apelación dependerán de si el servicio está cubierto por Medicare o Medicaid. Le enviaremos un aviso escrito llamado “carta de decisión de apelación”, que le indicará que perdió la apelación de nivel 1.

Si el servicio está cubierto por Medicaid:

Una apelación de nivel 2 por servicios cubiertos por Medicaid también se llama Audiencia imparcial. A partir del 1 de enero de 2026, si pierde su apelación de nivel 1 y Medicaid cubre el beneficio, usted o su representante autorizado deberá solicitar al estado una apelación de nivel 2 (audiencia imparcial). Usted tendrá 120 días para solicitar una apelación de audiencia imparcial de nivel 2.

- **¿En qué cambiaron las apelaciones de nivel 2?**

Antes del 1 de enero de 2026, cuando se denegaba su apelación de nivel 1 ante el Plan, se solicitaba automáticamente una apelación de nivel 2 en su nombre. No tenía que solicitar una apelación de nivel 2 usted mismo.

Si reducimos, suspendemos o interrumpimos los servicios de Medicaid que recibe actualmente y quiere que sus servicios permanezcan de la misma manera mientras esperamos una decisión para la apelación de audiencia imparcial de nivel 2, debe solicitar dicha apelación de audiencia imparcial de nivel 2 dentro de los 10 días calendario desde la decisión de la apelación de nivel 1 o para la fecha en que la decisión de la apelación entra en vigor, lo que sea posterior. Sus servicios permanecerán iguales hasta la decisión de la apelación de audiencia imparcial de nivel 2. Si usted pierde la apelación de audiencia imparcial de nivel 2, es posible que deba pagar los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.

Si el servicio está cubierto por Medicare:

Si pierde su apelación de nivel 1 y el beneficio está cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso al nivel 2 del proceso de apelación de Medicare para que lo revise una entidad de revisión independiente (IRE), apenas se complete su apelación de nivel 1.

Si el servicio está cubierto por Medicare y Medicaid:

Si pierde su apelación de nivel 1 y el beneficio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, enviaremos automáticamente su caso al IRE y también podrá solicitar una apelación de audiencia imparcial de nivel 2.

¿Aún tengo derecho a apelaciones externas por los beneficios cubiertos de Medicaid?

Sí, si dijimos que el servicio no es médicamente necesario, es experimental o está en fase de investigación, y no es diferente de la atención que puede recibir en nuestra red o que está disponible a través de un proveedor participante que cuenta con la formación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades, entonces aún puede solicitar al estado una apelación externa. Usted tendrá cuatro meses para solicitar una apelación externa. Si solicita tanto una audiencia imparcial como una apelación externa, la decisión de la audiencia imparcial siempre será la respuesta definitiva.

¿Dónde puedo obtener más información?

Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., y los sábados, de 9 a.m. a 5 p.m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560). Consulte el capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* (EOC) para ver toda la información sobre sus derechos a presentar una apelación y cómo hacerlo.

Puede comunicarse con la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN, por sus siglas en inglés) para obtener asesoría gratuita e independiente sobre su cobertura, los reclamos y las opciones de apelación. Pueden ayudarlo a manejar el proceso de apelación. Póngase en contacto con ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Teléfono: 844.614.8800 (Servicio de retransmisión TTY: 711)

Internet: icannys.org | **Correo electrónico:** ican@cssny.org

¿Este cambio en las apelaciones para miembros modifica mis beneficios o inscripción?

Este cambio en las apelaciones para miembros no modifica mis beneficios ni la inscripción.