



Insieme per la salute

Manuale per gli iscritti 2023

Informazioni sulle prestazioni sanitarie

AetnaBetterHealth.com/NewYork



1376310-NY-IT

Aetna Better Health® of New York

Informazioni personali

Nome e numero di telefono del Responsabile delle cure

Nome e numero di telefono del Responsabile delle cure associato

Numero di telefono del Servizio per gli iscritti: **1-855-456-9126**



Aetna Better Health of New York

**Programma di assistenza gestita a lungo
termine - Managed Long Term Care (MLTC)**

Manuale per gli iscritti

Contenuti

Informazioni utili.....	4
Assistenza da parte del servizio per gli iscritti.....	6
Idoneità all'iscrizione al piano MLTC.....	6
New York independent assessor - procedura di valutazione iniziale.....	7
Servizi coperti dal piano MLTC di Aetna Better Health of New York.....	11
Servizi di gestione delle cure.....	11
Servizi aggiuntivi coperti.....	12
Limitazioni.....	14
Ricevere assistenza al di fuori dell'area servita.....	14
Servizio di emergenza.....	14
Procedure di assistenza transitoria.....	15
Money follows the person (MFP)/open doors.....	15
Servizi medicaid non coperti dal nostro piano.....	16
Farmacia.....	16
Servizi non coperti da Aetna Better Health of New York o da medicaid.....	17
Autorizzazioni, interventi e ricorsi relativi ai servizi.....	17
Autorizzazione preventiva.....	18
Revisione concomitante.....	18
Revisione retrospettiva.....	19
Cosa succede dopo aver ricevuto la richiesta di autorizzazione al servizio?.....	19
Tempistiche per le richieste di autorizzazione preventiva.....	19
Tempistiche per le richieste di revisione concomitante.....	20
Che cosa si intende per intervento?.....	21
Tempistiche dell'avviso di intervento.....	21
Contenuto dell'avviso di intervento.....	21
Come si presenta ricorso per un intervento?.....	22
Come si contatta il personale addetto al piano per presentare un ricorso?.....	22
Per alcuni interventi è possibile richiedere la prosecuzione del servizio durante la procedura di ricorso.....	22
Quanto tempo occorre al personale addetto al piano per prendere una decisione sul ricorso per un intervento?.....	23
Procedura di ricorso rapido.....	23
Se il ricorso viene rigettato, come si procede?.....	24
Udienze pubbliche dello Stato.....	24
Ricorsi esterni dello Stato.....	25
Reclami e ricorsi.....	26
Che cos'è un reclamo?.....	26
La procedura di reclamo.....	27

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

Come presentare ricorso contro una decisione di reclamo?	27
Disiscrizione volontaria	28
Trasferimenti	29
Disiscrizione involontaria.....	30
Competenza culturale e linguistica.....	31
Diritti e responsabilità degli iscritti	31
Diritti degli iscritti	31
Responsabilità degli iscritti.....	32
Direttive anticipate	33
Informazioni disponibili su richiesta.....	33

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

Informazioni utili		
Nome	Telefono, fax, e-mail	Indirizzo
Servizi per gli iscritti ad Aetna Better Health of New York	Tel: 1-855-456-9126 Fax: 1-855-863-6421 Sito web: AetnaBetterHealth.com/NewYork	Aetna Better Health 101 Park Avenue 15th Floor New York, NY 10178
Servizi per non udenti	New York Relay 7-1-1	
Trasporto non urgente	Chiamare il team di gestione delle cure o il Servizio per gli iscritti ad Aetna Better Health of New York al numero 1-855-456-9126	
Servizi medici di emergenza	9-1-1	
Servizi odontoiatrici forniti da LIBERTY Dental Plan	1-855-225-1727 (TTY 877-855-8039)	
Servizi oculistici forniti da EyeQuest	1-855-873-1282 Dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00	
Servizi di interpretariato linguistico	Chiamare i Servizi per gli iscritti ad Aetna Better Health of New York 1-855-456-9126	
Reclami e ricorsi	Chiamare i Servizi per gli iscritti ad Aetna Better Health of New York 1-855-456-9126 Fax: 1- 855-264-3822	Ufficio reclami e ricorsi di Aetna Better Health of New York PO Box 81040 5801 Postal Road Cleveland, OH 44181

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

Nome	Telefono, fax, e-mail	Indirizzo
Linea diretta per le frodi e gli abusi	1-855-456-9126	
Contea di Nassau Dipartimento dei Servizi Sociali (DSS)	516- 227-7474	
Contea di Suffolk Dipartimento dei Servizi Sociali (DSS)	631-854-9935	
New York City Human Resource Administration (HRA)	1-877-422-8411	
NY Department of Aging	518-474-7012	
NYS Department of Financial Services	1-800-400-8882	Stato di New York Dipartimento dei servizi finanziari PO Box 7209 Albany NY, 12224-0209
Stato di New York Dipartimento della Sanità - Ufficio del Programma di assistenza gestita a lungo termine Dipartimento della Sanità dello Stato di New York (Ufficio reclami)	1-866-712-7197	
New York Medicaid Choice (Maximus)	1-888-401-6582	

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

Ecco il piano di assistenza gestita a lungo termine (MLTC) di Aetna Better Health of New York. Il piano MLTC è pensato in particolare per le persone che usufruiscono di Medicaid e che necessitano di servizi e aiuti a lungo termine su base comunitaria (CBLTSS), come l'assistenza domiciliare e l'assistenza personale, per poter rimanere, se possibile, nella propria casa e nella propria comunità.

Il presente manuale illustra le prestazioni aggiuntive che Aetna Better Health of New York copre se si effettua l'iscrizione al piano. Inoltre, indica come richiedere un servizio, presentare un reclamo o disiscriversi da Aetna Better Health of New York. Conservare questo manuale come riferimento, in quanto contiene importanti informazioni su Aetna Better Health of New York e sui vantaggi del nostro piano. Questo manuale presenta i servizi coperti e come ottenerli.

ASSISTENZA DA PARTE DEL SERVIZIO PER GLI ISCRITTI

È possibile chiamarci in qualsiasi momento, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, al numero del Servizio per gli iscritti riportato di seguito.

Il Servizio per gli iscritti è sempre a disposizione:

1-855-456-9126 24 ore su 24, 7 giorni su 7

Chiamare il numero **1-855-456-9126 (NY Relay: 711)** per i non udenti

Gli iscritti possono ricevere informazioni anche in un'altra lingua o se hanno problemi di udito o di vista contattando il proprio Responsabile della pratica o un Rappresentante del servizio per gli iscritti.

IDONEITÀ ALL'ISCRIZIONE AL PIANO MLTC

Il piano MLTC è destinato alle persone che beneficiano di Medicaid. Possono aderire al piano MLTC i soggetti che:

1. Hanno 21 anni o più;
2. Risiedono nell'area servita dal piano, che comprende Manhattan, Brooklyn, Queens, Bronx, Nassau e Suffolk;
3. Dispongono di Medicaid;
4. Dispongono solo di Medicaid **e** sono idonei per il livello di assistenza in una casa di cura;
5. Sono in grado, al momento dell'iscrizione, di tornare o rimanere nella propria casa e comunità senza mettere a rischio la propria salute e sicurezza; **e**
6. Si prevede che necessitino di almeno uno dei seguenti servizi e aiuti a lungo termine su base comunitaria (CBLTSS) coperti dal piano MLTC per un periodo continuativo di oltre 120 giorni dalla data di iscrizione:

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

- a. Servizi infermieristici a domicilio
- b. Terapie a domicilio
- c. Servizi di assistenza sanitaria a domicilio
- d. Servizi di assistenza personale a domicilio
- e. Assistenza sanitaria diurna per adulti,
- f. Assistenza infermieristica privata; oppure
- g. Servizi di assistenza personale diretta al consumatore

La copertura illustrata nel presente manuale entra in vigore alla data di iscrizione al piano MLTC di Aetna Better Health of New York. L'iscrizione al piano MLTC è volontaria.

NEW YORK INDEPENDENT ASSESSOR - PROCEDURA DI VALUTAZIONE INIZIALE

Dal 16 maggio 2022, il Conflict Free Evaluation and Enrollment Center (CFEEC) è noto come New York Independent Assessor (NYIA). Il NYIA gestirà la procedura di valutazione iniziale. Il NYIA avvierà le valutazioni iniziali veloci in una data successiva. La procedura di valutazione iniziale comprende la compilazione del modulo:

- **Valutazione della salute nella comunità - Community Health Assessment (CHA):** Il CHA viene utilizzato per verificare se il paziente ha bisogno di servizi di assistenza personale e/o di assistenza personale diretta al consumatore (PCS/CDPAS) ed è idoneo all'iscrizione a un piano di assistenza gestita a lungo termine (MLTC).
- **Visita clinica e disposizione del medico curante - Clinical Appointment and Practitioner Order (PO):** Il PO documenta la visita clinica e indica che:
 - Il paziente ha bisogno di aiuto per svolgere le attività quotidiane, e
 - Le condizioni mediche del paziente sono stabili e pertanto può ricevere il PCS e/o il CDPAS a casa propria.

Il NYIA fisserà sia l'appuntamento per la valutazione CHA che per la visita clinica. La valutazione CHA sarà effettuata da un infermiere registrato (Registered Nurse, RN) specializzato. Dopo la valutazione CHA, un medico del NYIA si occuperà dell'appuntamento clinico e del PO entro qualche giorno.

Aetna Better Health of New York utilizzerà i risultati della valutazione CHA e del PO per capire di che tipo di assistenza ha bisogno il paziente e per creare un piano di cura adeguato. Se il piano di assistenza prevede PCS e/o CDPAS per una media di più di 12 ore al giorno, sarà necessaria una revisione separata da parte dell'Independent Review Panel (IRP) del NYIA. L'IRP è un gruppo di medici professionisti che esamina la valutazione CHA, il PO, il piano di cura e qualsiasi altra documentazione medica. Se sono necessarie ulteriori informazioni, un membro del gruppo può visitare il paziente o discutere con lo stesso delle sue esigenze. L'IRP

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.aetnabetterhealth.com/NewYork)

formularà una raccomandazione per Aetna Better Health of New York relativa alla rispondenza del piano di cura alle esigenze del paziente.

Una volta che il NYIA completa le fasi di valutazione iniziale e stabilisce che il paziente è idoneo a ricevere l'assistenza gestita a lungo termine da Medicaid, il paziente può scegliere il piano di assistenza gestita a lungo termine a cui iscriversi.

1. Se è un nuovo iscritto al piano di assistenza gestita a lungo termine o se attualmente è iscritto a un altro piano di assistenza a lungo termine e desidera trasferirsi, il paziente può anche chiamare il nostro Servizio per gli iscritti al numero **1-855-456-9126** e un nostro rappresentante sarà a completa disposizione per prendere nota di tutti i suoi dati.
2. I dati del paziente verranno inviati agli addetti all'accettazione dell'iscrizione, che contatteranno il paziente per confermare il suo interesse per i servizi MLTC offerti da Aetna Better Health of New York e per verificare che il suo programma Medicaid sia idoneo a ricevere i servizi MLTC.
3. L'addetto all'accettazione dell'iscrizione fisserà un appuntamento con un infermiere registrato per la valutazione e rivedrà i risultati della valutazione iniziale (CHA e PO) completata dal NYIA con il paziente, per poi sviluppare un piano di assistenza incentrato sulla persona (PCSP). Se del caso, il paziente potrebbe essere invitato a incontrare un infermiere registrato per una valutazione iniziale di persona o virtuale, al fine di sviluppare un piano di assistenza incentrato sulla persona (PCSP).

La valutazione ci permette di conoscere il tipo di assistenza di cui il paziente ha bisogno in base alle sue condizioni di salute e alla sua capacità di svolgere le attività quotidiane. Durante la revisione o la valutazione, ci occuperemo di:

- Determinare se il paziente è idoneo a partecipare al programma.
- Assistere il paziente nella compilazione della domanda di iscrizione e della domanda Medicaid, se necessario. Bloccare la domanda di iscrizione del paziente ad Aetna Better Health fino all'approvazione della domanda Medicaid.
- Se il paziente si iscrive ad Aetna Better Health of New York e allo stesso tempo ha fatto domanda per Medicaid, l'iscrizione potrebbe richiedere almeno uno o due mesi in più rispetto a quella di pazienti che hanno già Medicaid attivo.
- Esaminare in dettaglio il presente manuale per gli iscritti, che contiene informazioni sulle politiche e sulle procedure e costituisce una parte

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

zimportante dell'accordo ai fini dell'iscrizione del paziente al programma. Includere i diritti e le responsabilità degli iscritti.

- Esaminare l'elenco dei fornitori.
- Sviluppare un piano di assistenza proposto con il paziente e con chiunque sia coinvolto nella sua assistenza, ad esempio i familiari.

4. La valutazione CHA e PO o una valutazione iniziale di Aetna Better Health of New York devono essere condotte entro trenta (30) giorni dal primo contatto da parte del soggetto che richiede l'iscrizione o dal ricevimento di una segnalazione per l'Enrollment Broker.

5. L'iscrizione ad Aetna Better Health di New York è volontaria; se il paziente è interessato a iscriversi e possiede i requisiti per diventare un iscritto ad Aetna Better Health, il paziente o il suo rappresentante deve firmare:

- Un contratto di iscrizione.
- Un modulo di richiesta di privacy. In questo modo il Responsabile delle cure può discutere con il fornitore di cure primarie (il medico curante) in merito al piano di assistenza.
- Un'autorizzazione per la valutazione infermieristica. Questo consente al nostro infermiere di completare la valutazione.
- Il piano di assistenza incentrato sulla persona (PCSP).
- Il piano di emergenza/supporto per gli iscritti.
- Il memorandum d'intesa per i servizi di assistenza personale diretta al consumatore (se applicabile).
- Il modulo di consenso Healthix (facoltativo).

Prima o dopo la firma, se il paziente decide di non iscriversi, è possibile ritirare la domanda o il contratto di iscrizione entro le ore 12:00 del giorno 20 del mese precedente alla data effettiva di iscrizione, indicando la propria volontà a voce o per iscritto. Il paziente riceverà una conferma scritta del ritiro.

Se il paziente sceglie di iscriversi ad Aetna Better Health of New York, presenteremo la sua domanda a New York Medicaid Choice. La richiesta di iscrizione sarà esaminata e determinata da New York Medicaid Choice. La copertura illustrata nel presente manuale per gli iscritti entra in vigore a partire dalla data effettiva di iscrizione al piano di Aetna Better Health. L'iscrizione ad Aetna Better Health è volontaria. In caso di domande sul nostro piano o sull'iscrizione, è possibile chiamare il Servizio per gli iscritti al numero **1-855-456-9126**, indipendentemente dal fatto che si sia già iscritti ad Aetna Better Health o meno.

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

L'iscrizione al piano MLTC di Aetna Better Health of New York può essere negata se al momento dell'iscrizione:

- Il paziente non soddisfa i criteri di idoneità di cui sopra.
- Il paziente non necessita di servizi e aiuti a lungo termine su base comunitaria (CBLTC) per più di 120 giorni.
- Il paziente sta ricevendo servizi di Hospice.
- Il paziente riceve assistenza in una struttura dell'Office of Mental Health (OMH), in una struttura/centro di trattamento dell'Office for People with Developmental Disabilities (OPWDD), in una struttura residenziale assistita (ALP) o in un programma di cura residenziale a lungo termine per l'abuso di alcol/sostanze stupefacenti.
- Il paziente fa parte del Programma assistenziale di servizi domiciliari e comunitari dell'OPWDD o del Programma per le Lesioni cerebrali traumatiche (TBI) e la Transizione e trasferimento da una casa di cura all'altra (NHTD); sezione 191S(c).
- Il paziente ha meno di sessantacinque (65) anni e rientra nel programma di diagnosi precoce del cancro al seno e/o al collo dell'utero dei Centers for Disease Control and Prevention e necessita di un trattamento per il cancro al seno o al collo dell'utero e non è altrimenti coperto da una copertura sanitaria accreditabile.
- Si prevede che il paziente riceverà Medicaid per meno di 6 mesi, ha un Medicaid di emergenza, fa parte del programma Foster Family Care Demonstration o rientra nel programma di espansione della pianificazione familiare.

Se il paziente si è appena iscritto ad Aetna Better Health e sta ricevendo un trattamento in corso da un fornitore che non fa parte della nostra rete, può continuare il trattamento per un massimo di 90 giorni dal giorno dell'iscrizione ad Aetna Better Health. Per continuare il trattamento il fornitore deve:

- Accettare la tariffa di pagamento di Aetna Better Health.
- Aderire alle politiche di Aetna Better Health, compreso il controllo della qualità.
- Fornire informazioni mediche sull'assistenza ad Aetna Better Health.

Tessera identificativa (ID) dell'iscritto al piano

Il paziente riceverà la tessera identificativa (ID) di Aetna Better Health of New York entro 10 giorni dalla data di iscrizione effettiva. Verificare che tutte le informazioni sulla tessera siano corrette. Assicurarsi di portare sempre con sé la tessera identificativa e la tessera Medicaid. In caso di smarrimento o furto della tessera, contattare il Servizio per gli iscritti al numero **1-855-456-9126**.

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

SERVIZI COPERTI DAL PIANO MLTC DI AETNA BETTER HEALTH OF NEW YORK

Servizi di gestione delle cure

In qualità di iscritto al nostro piano, il paziente riceverà i servizi di gestione delle cure. Il nostro piano prevede la presenza di un Responsabile delle cure, un professionista sanitario, di solito un infermiere o un assistente sociale. Il Responsabile delle cure collaborerà con il paziente e con il suo medico per decidere i servizi di cui ha bisogno e sviluppare un piano di assistenza. Il Responsabile delle cure fisserà anche gli appuntamenti per i servizi di cui il paziente ha bisogno e organizzerà il trasporto per tali servizi. Tra le altre forme di assistenza che il Responsabile delle cure, vi sono le indicazioni o l'aiuto nel coordinamento dei servizi medici, sociali, educativi, psicosociali, finanziari o di altro tipo a supporto del PCSP. Il Responsabile delle cure aiuterà il paziente a capire se i servizi necessari sono inclusi o meno nella sua prestazione.

Dopo che il paziente si sarà iscritto ad Aetna Better Health, il Responsabile delle cure parlerà con l'infermiere che ha effettuato la visita domiciliare. Le informazioni ottenute durante la visita domiciliare saranno esaminate. Il Responsabile delle cure contatterà il paziente per approfondire le sue esigenze. Insieme, svilupperanno il Piano di assistenza incentrato sulla persona (PCSP).

Il piano di cura si basa sullo stato di salute e sulle esigenze di assistenza sanitaria del paziente. Il medico di base può fornirci informazioni, parlare con il paziente e con il suo Responsabile delle cure per aiutarlo a sviluppare il suo piano di cura. Riceviamo anche i suggerimenti dei familiari, dei caregiver e di altre persone ritenute importanti per noi. Il piano di cura descrive le ore di assistenza personale di cui ha bisogno il paziente. Il piano di cura elenca gli altri servizi offerti da Aetna Better Health. Il piano di cura descrive i servizi coperti da Aetna Better Health e il programma di erogazione dei servizi. Il piano di cura del paziente è importante. Dimostra che tutti hanno collaborato per decidere come aiutare il paziente. Include i servizi che pagheremo per aiutare il paziente a raggiungere e mantenere il miglior stato di salute possibile.

Una volta elaborato il Piano di assistenza incentrato sulla persona (PCSP), l'équipe di assistenza aiuterà il paziente a ottenere tutte le cure e i servizi di cui ha bisogno. L'équipe di gestione dell'assistenza collaborerà con il paziente per fissare gli appuntamenti per i servizi sanitari di cui ha bisogno. L'équipe di gestione dell'assistenza organizzerà anche il trasporto necessario per ricevere questi servizi.

Il Responsabile delle cure chiamerà il paziente almeno una volta al mese per controllare la situazione. L'équipe di gestione dell'assistenza di Aetna Better Health effettuerà almeno una visita domiciliare ogni sei (6) mesi per ciascun iscritto, anche nell'ambito di un'eventuale rivalutazione.

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

- a. Assicurarsi che il tipo di gestione dell'assistenza e il Piano di cura che l'iscritto riceve si basino sul grado di gravità della sua malattia e riguardino aspetti sia fisici che mentali.
- b. Identificare il numero di Responsabili delle cure in base al numero di iscritti, in funzione del grado di gravità dei loro problemi di salute, sia fisici che mentali. Se la gestione dell'assistenza viene fornita con un "approccio di gruppo", la Guida alla gestione dell'assistenza deve indicare le modalità in cui il gruppo opera.
- c. L'iscritto sarà informato sui servizi di assistenza personale diretta al consumatore (CDPAS) e su altre opzioni di servizio al momento della creazione del piano di assistenza dopo una visita domiciliare con il nostro infermiere.
- d. Il Responsabile delle cure comunicherà con il paziente in merito a tutte le sue richieste. Il paziente avrà sempre a disposizione il numero di telefono del suo Responsabile delle cure.

I servizi inizieranno il primo giorno del mese successivo all'approvazione della domanda di iscrizione. L'équipe di gestione dell'assistenza aiuterà a coordinare le cure, come le visite mediche, la prescrizione di farmaci e i ricoveri in ospedale, con gli altri operatori sanitari. Il paziente potrà partecipare all'assistenza condividendo con l'équipe di gestione le proprie esigenze e preoccupazioni, in modo da poter continuare a vivere in modo indipendente nella sua comunità. Il paziente e l'équipe di gestione dell'assistenza rivedranno il piano di cura almeno due volte all'anno. L'équipe di assistenza può anche rivedere il piano di assistenza se le condizioni del paziente cambiano, per assicurarsi che il paziente riceva i servizi di cui ha bisogno.

Servizi aggiuntivi coperti

Poiché il paziente è titolare di Medicaid e ha i requisiti per l'MLTC, il nostro piano prevedrà l'organizzazione e il pagamento dei servizi sanitari e sociali supplementari descritti di seguito. È possibile ottenere questi servizi a condizione che siano necessari dal punto di vista medico, ossia che siano necessari per prevenire o curare la malattia o la disabilità. Il Responsabile delle cure aiuterà il paziente a identificare i servizi e i fornitori di cui ha bisogno. In alcuni casi, per ottenere questi servizi può essere necessaria una segnalazione o una disposizione del medico. I servizi devono essere offerti da fornitori appartenenti alla rete Aetna Better Health of New York. Se non è possibile trovare un fornitore nel nostro piano, è necessario ottenere i servizi coperti da fornitori della rete Aetna Better Health. Il paziente può rivolgersi a un operatore sanitario esterno alla rete nel caso in cui Aetna Better Health non disponga di un operatore con la formazione o l'esperienza adeguata per soddisfare le sue esigenze. Se il paziente ha bisogno di un fornitore esterno alla rete, deve contattare l'équipe di gestione delle cure per ottenere un'autorizzazione.

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

Quando si ricorre a un fornitore esterno alla rete Aetna Better Health per i servizi coperti, è necessario ottenere un'autorizzazione da Aetna Better Health prima di rivolgersi al fornitore.

Senza aver ottenuto l'autorizzazione necessaria, il fornitore non sarà pagato per i servizi offerti. In caso di domande su questa procedura, rivolgersi alla propria équipe di gestione delle cure o chiamare il Servizio per gli iscritti al numero **1-855-456-9126**.

Se desidera un servizio e il fornitore non lo concede per motivi morali o religiosi, il paziente può chiamare l'équipe di gestione delle cure o il Servizio per gli iscritti al numero verde **1-855-456-9126**. Aiuteranno il paziente a trovare un fornitore per il servizio coperto.

Non bisogna richiedere una fattura o pagare per i servizi coperti. In tal caso, chiamare l'équipe di gestione delle cure o il Servizio per gli iscritti al numero verde **1-855-456-9126**.

- Riabilitazione ambulatoriale
- Assistenza alla persona (tra cui assistenza per il bagno, l'alimentazione, la vestizione, la toilette e la deambulazione)
- Servizi di assistenza sanitaria domiciliare non coperti da Medicare, tra cui assistenza infermieristica, assistenza sanitaria domiciliare, terapie occupazionali, fisiche e logopedistiche
- Alimentazione
- Servizi sociali medici
- Pasti consegnati a domicilio e/o pasti in un ambiente di gruppo come l'assistenza diurna
- Assistenza sociale diurna
- Trasporto non urgente
- Assistenza infermieristica privata
- Assistenza odontoiatrica
- Aiuti sociali/ambientali (tra cui servizi di pulizia, modifiche alla casa o ospitalità)
- Sistema personale di risposta alle emergenze
- Assistenza sanitaria diurna per adulti
- Assistenza in casa di cura non coperta da Medicare *(a condizione che si sia idonei per il Medicaid istituzionale)*
- Assistenza audiologica
- Attrezzature mediche durevoli (DME)
- Forniture mediche
- Protesi e ortesi
- Optometria
- Servizi di assistenza personale diretta al consumatore
- Podologia
- Terapia respiratoria

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

Limitazioni

La formula enterale e gli integratori alimentari sono destinati esclusivamente alle persone che non possono nutrirsi in altro modo e in base alle seguenti condizioni:

1. Individui alimentati con sondino che non possono masticare o deglutire il cibo e devono nutrirsi con alimenti in formula tramite sondino; **e**
2. Individui con rari disturbi metabolici congeniti che richiedono formule mediche specifiche per assumere nutrienti essenziali non disponibili con altri mezzi.

La copertura di alcune malattie ereditarie del metabolismo degli aminoacidi e degli acidi organici comprende prodotti alimentari solidi modificati a basso contenuto proteico o contenenti proteine modificate.

L'assistenza in una casa di cura è coperta per le persone che vengono prese in considerazione per un inserimento permanente di almeno tre mesi. Dopo questo periodo di tempo, l'assistenza in una casa di cura potrà essere coperta da Medicaid e il paziente sarà escluso dal programma di Aetna Better Health of New York.

Ricevere assistenza al di fuori dell'area servita

È necessario informare il Responsabile delle cure quando ci si sposta al di fuori dell'area di copertura. Se ha bisogno di servizi al di fuori della propria area di copertura, il paziente deve contattare il proprio Responsabile delle cure affinché lo assista nell'organizzazione dei servizi.

Servizio di emergenza

Per servizio di emergenza si intende l'insorgenza improvvisa di una condizione che rappresenta una seria minaccia per la salute. Per le emergenze mediche si prega di chiamare il 911. Come già detto, non è necessaria un'autorizzazione preventiva per i servizi di emergenza. Tuttavia, è necessario informare Aetna Better Health of New York entro 24 ore dall'insorgere dell'emergenza. Il paziente potrebbe aver bisogno di servizi di assistenza a lungo termine che possono essere forniti solo da Aetna Better Health of New York. In caso di ricovero ospedaliero, un familiare o un altro operatore deve contattare Aetna Better Health of New York entro 24 ore dal ricovero. Il Responsabile delle cure sospenderà i servizi di assistenza domiciliare e cancellerà altri appuntamenti, se necessario. Il paziente deve assicurarsi di informare il medico curante o il responsabile della pianificazione delle dimissioni dall'ospedale affinché questo lo comunichi ad Aetna Better Health of New York, in modo da poter collaborare con loro per pianificare l'assistenza al momento della dimissione dall'ospedale.

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

PROCEDURE DI ASSISTENZA TRANSITORIA

I nuovi iscritti ad Aetna Better Health of New York possono continuare un ciclo di cure in corso per un periodo transitorio fino a 60 giorni dall'iscrizione presso un fornitore di assistenza sanitaria non convenzionato se il fornitore accetta il pagamento alla tariffa del piano, aderisce alle politiche di garanzia della qualità e ad altre politiche di Aetna Better Health of New York e fornisce informazioni mediche sulle cure al piano del paziente.

Se il fornitore lascia la rete, un trattamento in corso può essere protratto per un periodo transitorio di massimo 90 giorni se il fornitore accetta il pagamento alla tariffa del piano, aderisce alle politiche di garanzia della qualità e ad altre politiche del piano e fornisce informazioni mediche sulle cure al personale addetto al piano.

MONEY FOLLOWS THE PERSON (MFP)/OPEN DOORS

Questa sezione illustra i servizi e gli aiuti disponibili attraverso **MFP programme (Money Follows the Person)/Open doors**. MFP/Open Doors è un programma che può aiutare il paziente a trasferirsi da una casa di cura a casa propria o a una residenza nella sua comunità. Il paziente può aderire al programma MFP/Open Doors se:

- Ha vissuto in una casa di riposo per almeno tre mesi
- Ha esigenze sanitarie che possono essere soddisfatte attraverso i servizi della sua comunità

Il programma MFP/Open Doors dispone di persone, i cosiddetti specialisti e professionisti della transizione, che possono fare visita al paziente nella casa di riposo e parlare con lui del rientro nella comunità. Gli specialisti e professionisti della transizione sono diversi dai Responsabili delle cure e dai Responsabili della pianificazione delle dimissioni. Possono aiutare il paziente a:

- Fornire informazioni su servizi e aiuti nella comunità
- Trovare i servizi offerti dalla comunità per aiutare il paziente a essere indipendente
- Fare visita o chiamare il paziente dopo il trasferimento per assicurarsi che abbia a disposizione ciò di cui ha bisogno a casa

Per ulteriori informazioni su MFP/Open Doors o per organizzare una visita da parte di uno specialista o professionista della transizione, chiamare la New York Association on Independent Living al numero **1-844-545-7108**, o inviare un'e-mail all'indirizzo mfp@health.ny.gov. Ulteriori informazioni su MFP/Open Doors si trovano anche sul sito web all'indirizzo www.health.ny.gov/mfp o www.ilny.org.

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

SERVIZI MEDICAID NON COPERTI DAL NOSTRO PIANO

Ci sono alcuni servizi Medicaid che Aetna Better Health of New York non copre, ma che possono essere coperti dal Medicaid normale. È possibile ottenere questi servizi da qualsiasi fornitore che accetti Medicaid utilizzando la propria Medicaid Benefit Card. Chiamare il Servizio per gli iscritti al numero **1-855-456-9126** per sapere se una prestazione è coperta da Aetna Better Health of New York o da Medicaid. Alcuni dei servizi coperti da Medicaid utilizzando la Medicaid Benefit Card includono:

Farmacia

La maggior parte dei farmaci con e senza prescrizione, così come le prescrizioni galeniche, è coperta dal normale Medicaid o da Medicare Part D se si è titolari di Medicare.

Alcuni servizi per la salute mentale, tra cui:

- Trattamento di riabilitazione psichiatrica intensiva
- Trattamento diurno
- Gestione dei casi di malati mentali gravi e persistenti (promossa dai reparti di salute mentale statali o locali)
- Assistenza ospedaliera parziale non coperta da Medicare
- Servizi di riabilitazione per le persone in comunità o in trattamento familiare
- Trattamento diurno continuativo
- Trattamento di comunità assertivo
- Servizi personalizzati di recupero

Alcuni servizi per le disabilità intellettive e dello sviluppo, tra cui:

- Terapie a lungo termine
- Trattamento diurno
- Coordinamento dei servizi Medicaid
- Servizi ricevuti nell'ambito dell'esenzione dai servizi domiciliari e comunitari

Altri servizi Medicaid, tra cui:

- Trattamento con metadone
- Terapia in osservazione diretta per la tubercolosi (TB)
- Gestione dei casi di HIV COBRA
- Pianificazione familiare

Alcuni farmaci per il miglioramento dell'ovulazione, necessari dal punto di vista medico, quando vengono soddisfatti i criteri.

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

SERVIZI NON COPERTI DA AETNA BETTER HEALTH OF NEW YORK O DA MEDICAID

I servizi non coperti da Aetna Better Health of New York o da Medicaid devono essere pagati se il fornitore comunica in anticipo che tali servizi non sono coperti e il paziente accetta di pagarli:

Esempi di servizi non coperti da Aetna Better Health of New York o da Medicaid:

- Chirurgia estetica se non necessaria dal punto di vista medico
- Articoli personali e di conforto
- Servizi di un fornitore che non fa parte del piano (a meno che Aetna Better Health of New York non mandi il paziente da quel fornitore)

In caso di domande, chiamare il Servizio per gli iscritti al numero **1-855-456-9126**.

AUTORIZZAZIONI, INTERVENTI E RICORSI RELATIVI AI SERVIZI

Quando si chiede l'approvazione per un trattamento o un servizio, si parla di **richiesta di autorizzazione al servizio**. Per presentare una richiesta di autorizzazione al servizio, è necessario

Fasi di autorizzazione al servizio

Di seguito sono riportati i passaggi per la pre-approvazione:

- Il fornitore comunica ad Aetna Better Health le informazioni sui servizi di cui ritiene abbia bisogno il paziente.
- Aetna Better Health esamina le informazioni.
- Se la richiesta non può essere approvata, un altro fornitore di Aetna Better Health esaminerà le informazioni.
- Aetna Better Health informerà il paziente quando avrà preso una decisione. Invierà al paziente e al suo fornitore una lettera per informarli della sua decisione. Il paziente e il fornitore riceveranno una lettera quando un servizio viene approvato o negato.
- Se la richiesta viene respinta, la lettera ne indicherà il motivo.
- Se un servizio viene negato, il paziente o il suo fornitore possono presentare un ricorso.

Autorizzeremo i servizi per un determinato importo e per un periodo specifico. Si tratta di un **periodo di autorizzazione**.

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

Autorizzazione preventiva

Alcuni servizi coperti richiedono un'autorizzazione preventiva (pre-approvazione) da parte del nostro personale addetto alle autorizzazioni preventive prima che il paziente ne usufruisca o perché possa continuare a usufruirne. Può richiederla il paziente stesso o una persona di fiducia. I seguenti trattamenti e servizi devono essere approvati prima di essere erogati:

- Assistenza sanitaria medica/diurna per adulti
- Cure assistenziali
- Audiologia e apparecchi acustici
- Odontoiatria
- Integratori alimentari e consulenza nutrizionale
- Le apparecchiature mediche durevoli comprendono forniture medico-chirurgiche, protesi, ortesi e calzature ortopediche, bastoni, letti ospedalieri, sedie a rotelle, ossigeno e deambulatori
- Assistenza domiciliare - Terapia fisica con infermieri qualificati/con licenza (RN o LPN), Terapia occupazionale, Logopedia, Servizi sociali medici
- Assistenza domiciliare - Assistenti sanitari domiciliari senza licenza (HHA)
- Pasti consegnati a domicilio o in comunità
- Forniture mediche
- Trasporto non urgente
- Assistenza in casa di cura
- Assistenza alla persona: comprende la pulizia della casa, la preparazione dei pasti, il bagno e la toilette
- Sistema personale di risposta alle emergenze (PERS)
- Podologia
- Protesi e ortesi
- Terapia respiratoria: attrezzature mediche, forniture, terapia respiratoria e ossigeno
- Aiuti sociali e ambientali
- Assistenza sociale diurna
- Logopedia
- Vista
- Teleassistenza
- Servizi di assistenza personale diretta al consumatore (CDPAS)

Revisione concomitante

È possibile anche chiedere al proprio Responsabile delle cure di ottenere ulteriori servizi rispetto a quelli che si ricevono già. Si tratta della cosiddetta **revisione concomitante**.

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

Revisione retrospettiva

In alcuni casi, verrà effettuata una revisione dell'assistenza che si sta ricevendo per verificare se il paziente ne ha ancora bisogno. Potremmo anche esaminare altri trattamenti e servizi che il paziente ha già ricevuto. Si tratta della cosiddetta **revisione retrospettiva**. Il paziente sarà informato qualora vengano effettuate tali revisioni.

Cosa succede dopo aver ricevuto la richiesta di autorizzazione al servizio?

Il piano prevede la presenza di un team di revisione per assicurarsi che il paziente riceva i servizi promessi. Medici e infermieri fanno parte del team di revisione. Il loro compito è quello di assicurarsi che il trattamento o il servizio richiesto sia necessario dal punto di vista medico e adatto al paziente. A tal fine, il team verifica che il piano di trattamento rispetti gli standard medici accettabili.

Potremmo decidere di rifiutare una richiesta di autorizzazione al servizio o di approvarla per un importo inferiore a quello richiesto. Tali decisioni saranno prese da un operatore sanitario qualificato. Se decidiamo che il servizio richiesto non è necessario dal punto di vista medico, la decisione sarà presa da un revisore clinico esperto, che può essere un medico, un infermiere o un operatore sanitario che di solito fornisce l'assistenza richiesta. È possibile richiedere gli standard medici specifici, chiamati **criteri di revisione clinica**, utilizzati per prendere la decisione sulle azioni relative alla necessità medica.

Dopo aver ricevuto la richiesta del paziente, la esamineremo secondo un processo **standard** o **rapido**. Il paziente o il suo medico possono chiedere una revisione *rapida* se si ritiene che un ritardo nei tempi di attesa possa causare gravi danni alla salute. Se la richiesta di revisione *rapida* viene respinta, il paziente ne verrà informato e la sua richiesta verrà gestita secondo il processo di revisione standard. In tutti i casi, esamineremo la richiesta del paziente non appena le condizioni mediche lo richiederanno, ma non più tardi di quanto indicato di seguito.

Tempistiche per le richieste di autorizzazione preventiva

- **Revisione standard:** Prenderemo una decisione in merito alla richiesta del paziente entro 3 giorni lavorativi da quando avremo tutte le informazioni necessarie, ma informeremo il paziente entro 14 giorni dalla ricezione della richiesta. Comunicheremo al paziente se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni entro il 14° giorno.
- **Revisione rapida:** Prenderemo una decisione e il paziente riceverà nostre notizie entro 72 ore. Comunicheremo al paziente se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni entro 72 ore.

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

Tempistiche per le richieste di revisione concomitante

- **Revisione standard:** Prenderemo una decisione entro 1 giorno lavorativo dal momento in cui avremo tutte le informazioni necessarie, ma il paziente riceverà una risposta entro 14 giorni dal ricevimento della richiesta.
- **Revisione rapida:** Prenderemo una decisione entro 1 giorno lavorativo da quando avremo tutte le informazioni necessarie. Il paziente riceverà una risposta entro 72 ore dal ricevimento della richiesta. Comunicheremo al paziente se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni entro 1 giorno lavorativo.

Se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni per prendere una decisione standard o rapida in merito alla richiesta di servizio del paziente, i tempi di cui sopra possono essere estesi fino a 14 giorni. Ci occuperemo di:

- Scrivere e comunicare al paziente quali informazioni sono necessarie. Se la richiesta viene sottoposta alla revisione *rapida*, chiameremo subito il paziente e invieremo una comunicazione scritta in seguito.
- Spiegare perché il ritardo è nell'interesse del paziente.
- Decidere il più rapidamente possibile non appena riceviamo le informazioni necessarie, ma non oltre 14 giorni dal giorno in cui abbiamo richiesto ulteriori informazioni.

Il paziente, il suo fornitore o una persona di fiducia possono anche chiederci di dedicare più tempo alla decisione. Questo può essere dovuto al fatto che è necessario fornire altre informazioni al personale addetto al piano per prendere una decisione in merito alla pratica. È possibile farlo chiamando il numero **1-855-456-9126** o inviando una comunicazione scritta.

Il paziente o una persona di fiducia può presentare un reclamo per il piano se non è d'accordo con la nostra decisione di prenderci più tempo per esaminare la sua richiesta. Il paziente o una persona di fiducia può anche presentare un reclamo in merito ai tempi di revisione al New York State Department of Health chiamando il numero **1-866-712-7197**.

Se la nostra risposta è SÌ a una parte o a tutto ciò che il paziente ha richiesto, autorizzeremo il servizio o forniremo l'articolo richiesto.

Se la nostra risposta è NO a una parte o a tutto ciò che il paziente ha richiesto, invieremo una comunicazione scritta che spiega il motivo del rifiuto. Si veda la sezione ***Come si fa a presentare un ricorso?*** che spiega come presentare un ricorso se non si è d'accordo con la nostra decisione.

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

Che cosa si intende per intervento?

Quando Aetna Better Health of New York nega o limita i servizi richiesti dal paziente o dal suo fornitore; nega una richiesta di rinvio; decide che un servizio richiesto non rientra tra quelli coperti; limita, riduce, sospende o termina i servizi già autorizzati; nega il pagamento dei servizi; non fornisce servizi tempestivi; o non prende decisioni in merito a reclami o ricorsi entro i termini previsti, questi sono considerati interventi al piano. Ogni intervento è soggetto a ricorso. (Per ulteriori informazioni, consultare la sezione *Come si presenta ricorso per un intervento?*)

Tempistiche dell'avviso di intervento

Se decidiamo di negare o limitare i servizi richiesti dall'iscritto o di non pagare per intero o in parte un servizio coperto, invieremo un avviso quando prenderemo la nostra decisione. Se proponiamo di limitare, ridurre, sospendere o interrompere un servizio autorizzato, la nostra lettera sarà inviata almeno 10 giorni prima della modifica del servizio.

Contenuto dell'avviso di intervento

Qualsiasi comunicazione inviata al paziente in merito a un intervento servirà a:

- Spiegare l'intervento che abbiamo eseguito o che intendiamo eseguire.
- Citare le ragioni dell'intervento, comprese le eventuali motivazioni cliniche.
- Descrivere il diritto del paziente a presentare un ricorso (compreso l'eventuale diritto di ricorrere alla procedura di ricorso esterna dello Stato).
- Descrivere le modalità di presentazione di un ricorso interno e le circostanze in cui è possibile richiedere un'accelerazione dell'esame del ricorso interno.
- Descrivere la disponibilità dei criteri di revisione clinica su cui ci si è basati per prendere la decisione, se si trattava di questioni di necessità medica o se il trattamento o il servizio in questione era sperimentale o in fase di sperimentazione; **e**
- Descrivere le eventuali informazioni che il paziente e/o il suo fornitore devono fornire per poter prendere una decisione sul ricorso.

L'avviso conterrà anche informazioni sul diritto a un ricorso e a un'udienza pubblica:

- Il documento spiega la differenza tra un ricorso e un'udienza pubblica.
- Il documento indica che è necessario presentare ricorso prima di chiedere un'udienza pubblica; **e**
- Il documento spiega come presentare un ricorso.

Se stiamo riducendo, sospendendo o interrompendo un servizio autorizzato, l'avviso informerà il paziente anche dei suoi diritti di ottenere la continuazione dei servizi mentre il ricorso viene deciso. Per ottenere la continuazione dei servizi è necessario

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

presentare ricorso entro 10 giorni dalla data dell'avviso o dalla data di entrata in vigore dell'intervento proposto, se successiva.

Come si presenta ricorso per un intervento?

Se il paziente non è d'accordo con un intervento eseguito, può fare ricorso. Quando riceviamo un ricorso, dobbiamo riesaminare i motivi del nostro intervento per decidere se siamo stati corretti. È possibile presentare un ricorso in merito a un intervento sul piano in forma orale o scritta. Quando il personale addetto al piano invia una lettera relativa a un intervento eseguito (ad esempio il rifiuto o la limitazione dei servizi o il mancato pagamento degli stessi), è necessario presentare la richiesta di ricorso entro 60 giorni dalla data della comunicazione. Se stiamo riducendo, sospendendo o interrompendo un servizio autorizzato e il paziente desidera che i servizi proseguano mentre viene presa una decisione in merito al ricorso, è necessario che il paziente presenti un ricorso entro 10 giorni dalla data dell'avviso o dalla data prevista di entrata in vigore dell'intervento proposto, se successiva.

Come si contatta il personale addetto al piano per presentare un ricorso?

È possibile contattarci chiamando il numero **1-855-456-9126** o scrivendo all'indirizzo PO Box 81040, 5801 Postal Road, Cleveland, OH 44181. La persona che riceve il ricorso lo registrerà e il personale competente ne supervisionerà la revisione. Invieremo un avviso per informare l'iscritto che abbiamo ricevuto il ricorso e delle modalità di gestione dello stesso. Il ricorso sarà esaminato da personale clinico competente che non è stato coinvolto nella decisione o nell'intervento iniziale del piano per il quale il paziente sta facendo ricorso.

Per alcuni interventi è possibile richiedere la prosecuzione del servizio durante la procedura di ricorso

Se il paziente sta facendo ricorso contro una restrizione, una riduzione, una sospensione o una cessazione dei servizi che attualmente è autorizzato a ricevere, deve presentare un ricorso al personale addetto al piano per continuare a ricevere tali servizi in attesa della decisione. Siamo tenuti a non interrompere il servizio se il paziente presenta un ricorso al personale addetto al piano entro 10 giorni dalla data dell'avviso di restrizione, riduzione, sospensione o cessazione dei servizi o dalla data prevista di entrata in vigore dell'intervento proposto, se successiva. Per sapere come presentare un ricorso al personale addetto al piano e chiedere la prosecuzione dell'assistenza, vedere la sezione "**Come si presenta ricorso per un intervento?**" di cui sopra.

Sebbene il paziente possa richiedere la prosecuzione dei servizi, se il ricorso non viene deciso in suo favore, potremmo richiedere il pagamento di tali servizi se questi

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

sono stati forniti solo perché il paziente ha chiesto di continuare a riceverli mentre la sua pratica era sotto esame.

Quanto tempo occorre al personale addetto al piano per prendere una decisione sul ricorso per un intervento?

A meno che non si tratti di una procedura rapida, il ricorso del paziente sarà esaminato secondo le tempistiche di un ricorso standard. Invieremo al paziente una decisione scritta non appena le sue condizioni di salute lo richiedano, ma non oltre 30 giorni dalla data di ricezione del ricorso. (Il periodo di revisione può durare fino a 14 giorni se il cliente richiede una proroga o se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni e il ritardo è nell'interesse del paziente). Durante la nostra revisione il paziente avrà la possibilità di presentare la pratica di persona e per iscritto. Invieremo al paziente anche i documenti facenti parte della revisione del ricorso.

Inoltre, invieremo al paziente una comunicazione relativa alla decisione presa in merito al suo ricorso, indicando qual è la decisione e in che data è stata presa.

Qualora dovessimo annullare la decisione di negare o limitare i servizi richiesti, o di ridurre, sospendere o terminare i servizi, e i servizi non siano stati forniti durante il ricorso, forniremo i servizi contestati non appena le condizioni di salute del paziente lo richiederanno. In alcuni casi, è possibile presentare un ricorso "*rapido*". (Si veda la sezione "**Procedura di ricorso rapido**" di cui sotto).

Procedura di ricorso rapido

Accelereremo sempre la nostra revisione se il ricorso riguarda la richiesta di incremento di un servizio che si sta già ricevendo. Se il paziente o il suo fornitore ritiene che le tempistiche di un ricorso standard possano comportare un grave problema per la sua salute o la sua vita, può chiedere una revisione *rapida* del ricorso per l'intervento. Risponderemo con la nostra decisione entro 2 giorni lavorativi dopo aver ricevuto tutte le informazioni necessarie. In nessun caso il termine per la decisione sarà superiore a 72 ore dal ricevimento del ricorso. (Il periodo di revisione può durare fino a 14 giorni se il cliente richiede una proroga o se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni e il ritardo è nell'interesse del paziente).

Qualora non accettassimo la richiesta di velocizzare il ricorso, faremo del nostro meglio per contattare il paziente di persona e comunicargli che la sua richiesta di ricorso *rapido* è stata respinta e che il ricorso verrà trattato come un ricorso standard. Inoltre, invieremo al paziente una comunicazione scritta circa la decisione di respingere la sua richiesta di ricorso *rapido* entro 2 giorni dal ricevimento della stessa.

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

Se il ricorso viene rigettato, come si procede?

Se la nostra decisione in merito al ricorso non è totalmente a favore del paziente, l'avviso che quest'ultimo riceverà illustrerà il diritto di richiedere un'udienza pubblica per Medicaid presso lo Stato di New York e le modalità per ottenerla, chi può comparire all'udienza per conto del paziente e, per alcuni ricorsi, il diritto di richiedere di ricevere i servizi mentre l'udienza è in attesa e le modalità di presentazione della richiesta.

Nota: è necessario richiedere un'udienza pubblica entro 120 giorni di calendario dalla data dell'Avviso di decisione finale negativa. Se il ricorso viene respinto per questioni di necessità medica o perché il servizio in questione è sperimentale o in fase di sperimentazione, l'avviso spiegherà anche come chiedere un "ricorso esterno" allo Stato di New York per la nostra decisione.

Udienze pubbliche dello Stato

Qualora dovessimo rigettare il ricorso o non fornire un Avviso di decisione finale negativa entro i termini riportati nella sezione ***"Quanto tempo occorre al personale addetto al piano per prendere una decisione sul ricorso per un intervento?"*** di cui sopra, il paziente può richiedere un'udienza pubblica allo Stato di New York. La decisione dell'udienza pubblica può annullare la nostra decisione. È necessario richiedere un'udienza pubblica entro 120 giorni di calendario dalla data di invio dell'Avviso di decisione finale negativa. Se stiamo procedendo a ridurre, sospendere o terminare un servizio autorizzato e il paziente desidera assicurarsi che i servizi continuino in attesa dell'udienza pubblica, deve presentare la richiesta di udienza pubblica entro 10 giorni dalla data dell'Avviso di decisione finale negativa.

I benefici continueranno finché l'udienza pubblica non verrà ritirata o il Funzionario dello Stato nominato per l'udienza pubblica non emetterà una decisione a sfavore del paziente, a seconda di quale situazione si verifichi per prima.

Se il Funzionario dello Stato nominato per l'udienza pubblica annulla la nostra decisione, dobbiamo assicurarci che il paziente riceva i servizi contestati tempestivamente, non appena le sue condizioni di salute lo richiedano. Se il paziente ha ricevuto i servizi contestati durante la procedura di ricorso, saremo responsabili del pagamento dei servizi coperti ordinati dal Funzionario dell'udienza pubblica.

Sebbene il paziente possa richiedere di continuare a ricevere i servizi in attesa della decisione sull'udienza pubblica, se l'udienza pubblica non viene decisa a suo favore, potrebbe essere responsabile del pagamento dei servizi oggetto dell'udienza pubblica. È possibile richiedere un'udienza pubblica dello Stato contattando l'Office of

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

Temporary and Disability Assistance (OTDA):

Modulo di richiesta online: [Richiesta di udienza | Udienze pubbliche | OTDA \(ny.gov\)](#)

Inviare un modulo di richiesta stampabile:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

Inviare via fax un modulo di richiesta stampabile: **518-473-6735**

Richiesta telefonica:

Linea standard per le udienze pubbliche - **1-800-342-3334**

Linea d'emergenza per le udienze pubbliche - **1-800-205-0110**

Linea TTY - **711** (chiedere all'operatore di chiamare il numero **1-877-502-6155**)

Richiesta di persona:

New York City

14 Boerum Place, 1st Floor Brooklyn, New York 11201

Albany

40 North Pearl Street, 15th Floor Albany, New York 12243

Per ulteriori informazioni su come richiedere un'udienza pubblica, visitare il sito:

<http://otda.ny.gov/hearings/request/>

Ricorsi esterni dello Stato

Qualora dovessimo rigettare il ricorso perché riteniamo che il servizio non sia necessario dal punto di vista medico o sia sperimentale o in fase di sperimentazione, il paziente può presentare un ricorso esterno allo Stato di New York. Il ricorso esterno è deciso da revisori che non lavorano per noi né per lo Stato di New York. Tali revisori sono persone qualificate e riconosciute dallo Stato di New York. Non è necessario pagare per un ricorso esterno.

Quando decidiamo di rigettare un ricorso per mancanza di necessità medica o sulla base del fatto che il servizio è sperimentale o in fase di sperimentazione, forniremo al paziente informazioni su come presentare un ricorso esterno, nonché un modulo tramite cui presentare il ricorso esterno insieme alla decisione di rigetto del ricorso. Se il paziente desidera procedere con un ricorso esterno, deve presentare il modulo al New York State Department of Financial Services entro quattro mesi dalla data in cui il ricorso è stato rigettato.

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/NewYork)

Il ricorso esterno sarà deciso entro 30 giorni. Potrebbe essere necessario più tempo (fino a 5 giorni lavorativi) se il revisore esterno del ricorso richiede ulteriori informazioni. Il revisore comunicherà al paziente e a noi la decisione finale entro due giorni lavorativi dalla data della decisione.

È possibile ricevere una decisione più rapidamente se il medico curante è in grado di affermare che un ritardo nelle tempistiche causerà gravi danni alla salute del paziente. Si tratta di un ricorso esterno rapido. Il revisore del ricorso esterno deciderà nell'ambito di una procedura rapida entro un massimo di 72 ore. Il revisore comunicherà al paziente e a noi la decisione immediatamente per telefono o tramite fax. In seguito, verrà inviata una lettera al paziente che comunicherà la decisione.

È possibile richiedere sia un'udienza pubblica che un ricorso esterno. Se il paziente chiede un'udienza pubblica e un ricorso esterno, la decisione del Funzionario dell'udienza pubblica sarà quella "che conta di più"

RECLAMI E RICORSI

Aetna Better Health of New York farà del suo meglio per risolvere i problemi o le preoccupazioni del paziente nel più breve tempo possibile e in modo soddisfacente. A seconda del tipo di problema riscontrato, è possibile utilizzare la procedura di reclamo o di ricorso.

La presentazione di un reclamo o di un ricorso non comporterà alcuna modifica dei servizi o del modo in cui il paziente viene trattato dal personale di Aetna Better Health of New York o da un operatore sanitario. La privacy del paziente sarà mantenuta. Forniremo al paziente tutto l'aiuto di cui avrà bisogno per presentare un reclamo o un ricorso. Ciò include la fornitura di servizi di interpretariato o l'assistenza in caso di problemi di vista e/o di udito. Il paziente può scegliere una persona (ad esempio un parente, un amico o un fornitore) che agisca per conto suo.

Per presentare un reclamo, chiamare il numero: (855) 456-9126 o scrivere all'indirizzo: PO Box 81040 5801 Postal Road Cleveland, OH 44181. Quando il paziente ci contatta, dovrà fornirci il suo nome, indirizzo, numero di telefono e i dettagli del problema.

Che cos'è un reclamo?

Per reclamo si intende qualsiasi comunicazione di insoddisfazione da parte del paziente in merito alle cure e ai trattamenti ricevuti dal nostro personale o dai fornitori di servizi coperti. Ad esempio, se qualcuno non si è presentato, è stato

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.aetna.com/betterhealth/newyork)

scortese o il paziente non gradisce la qualità delle cure o dei servizi che ha ricevuto da noi, può presentare un reclamo.

La procedura di reclamo

È possibile presentare un reclamo oralmente o per iscritto. La persona che riceve il reclamo si occuperà di registrarlo e il personale addetto al piano supervisionerà la revisione del reclamo. Invieremo una lettera per informare il paziente che abbiamo ricevuto il suo reclamo e illustrargli la nostra procedura di revisione. Esamineremo il reclamo del paziente e gli forniremo una risposta scritta entro uno dei due termini previsti.

1. Qualora un ritardo possa aumentare significativamente il rischio per la salute del paziente, prenderemo una decisione entro 48 ore dal ricevimento delle informazioni necessarie, ma la procedura sarà completata entro 7 giorni dal ricevimento del reclamo.
2. Per tutti gli altri tipi di reclami, comunicheremo la nostra decisione entro 45 giorni dal ricevimento delle informazioni necessarie, ma la procedura sarà completata entro 60 giorni dal ricevimento del reclamo. Il periodo di revisione può essere aumentato fino a 14 giorni se il paziente lo richiede o se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni e il ritardo è nell'interesse del paziente.

La risposta descriverà ciò che abbiamo riscontrato durante la revisione del reclamo e la nostra decisione in merito.

Come presentare ricorso contro una decisione di reclamo?

Se il paziente non si ritiene soddisfatto della decisione presa in merito al reclamo, può richiedere una seconda revisione del problema presentando un ricorso per il reclamo. Il ricorso per il reclamo deve essere presentato oralmente o per iscritto. Deve essere presentato entro 60 giorni lavorativi dal ricevimento della nostra decisione iniziale sul reclamo. Una volta ricevuto il ricorso, entro 15 giorni lavorativi invieremo al paziente una conferma scritta con il nome, l'indirizzo e il numero di telefono della persona designata a rispondere al ricorso. Tutti i ricorsi per i reclami saranno seguiti da professionisti adeguati, compresi gli operatori sanitari per i reclami coinvolti in questioni cliniche, che non sono stati coinvolti nella decisione iniziale sul reclamo.

Per i ricorsi standard, la decisione sul ricorso verrà presa entro 30 giorni lavorativi dal ricevimento di tutte le informazioni necessarie per prendere una decisione. Qualora un ritardo nella decisione possa aumentare in modo significativo il rischio per la salute del paziente, si ricorrerà alla procedura di appello *rapida* per i reclami. Nel caso di ricorsi *rapidi*, la decisione sul ricorso verrà presa entro 2 giorni lavorativi dal

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

ricevimento delle informazioni necessarie. Sia per i ricorsi standard che per quelli *rapidi*, forniremo una comunicazione scritta della nostra decisione in merito al ricorso del paziente. L'avviso includerà le ragioni dettagliate della nostra decisione e, nei casi che riguardano questioni cliniche, la motivazione clinica della nostra decisione.

Ombudsman dei partecipanti

L'Ombudsman dei partecipanti, chiamato Independent Consumer Advocacy Network (ICAN), è un'organizzazione indipendente che fornisce servizi gratuiti di mediazione ai beneficiari di assistenza a lungo termine nello Stato di New York. È possibile ottenere una consulenza indipendente e gratuita sulla copertura, sui reclami e sulle possibilità di ricorso. Può aiutare il paziente a gestire la procedura di ricorso. Può anche fornire assistenza prima dell'iscrizione a un piano MLTC come quello di Aetna Better Health of New York. Tale supporto comprende una consulenza imparziale sulla scelta del piano sanitario e informazioni generali sul piano.

Contattare ICAN per saperne di più sui suoi servizi:

- Telefono: **1-844-614-8800** (Servizio di ripetizione TTY: **711**)
- Web: www.icannys.org | E-mail: ican@cssny.org

DISISCRIZIONE DAL PIANO MLTC DI AETNA BETTER HEALTH OF NEW YORK

Il paziente non potrà disiscriversi dal Piano MLTC per uno dei seguenti motivi:

- Elevato utilizzo di servizi medici coperti
- Una condizione esistente o un cambiamento di salute
- La diminuzione delle capacità mentali o un comportamento non collaborativo o di disturbo derivante da esigenze particolari, a meno che il comportamento non scaturisca nella non idoneità al programma MLTC.

Disiscrizione volontaria

È possibile chiedere di lasciare il piano di Aetna Better Health of New York in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo. Per richiedere la disiscrizione, chiamare il numero **1-855-456-9126** o inviare una comunicazione scritta. Il personale addetto al piano fornirà una conferma scritta della richiesta. Verrà incluso un modulo di disiscrizione volontaria da firmare e rispedire. L'elaborazione potrebbe richiedere fino a sei settimane, a seconda della data di ricezione della richiesta. Il paziente può disiscriversi per passare a Medicaid normale o per iscriversi a un altro piano sanitario, purché abbia i requisiti necessari. Se il paziente continua ad aver bisogno di CBLTSS, ad esempio dell'assistenza personale, deve aderire a un altro piano

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

MLTC, a un piano Medicaid Managed Care o a un Programma assistenziale di servizi domiciliari e comunitari, per poter ricevere CBLTSS.

Trasferimenti

Il paziente può provare il nostro piano per 90 giorni. È possibile lasciare Aetna Better Health of New York e trasferirsi per aderire a un altro piano in qualsiasi momento durante tale periodo di prova. Se non lascia il piano entro i primi 90 giorni, il paziente deve rimanere in Aetna Better Health of New York per altri nove mesi, a meno che non abbia un valido motivo per lasciarlo.

- Il paziente si trasferisce fuori dalla nostra area di servizio.
- Il paziente, il personale addetto al piano e il Dipartimento dei servizi sociali della sua contea o il Dipartimento della salute dello Stato di New York concordano sul fatto che lasciare Aetna Better Health of New York sia la soluzione migliore per il paziente.
- L'attuale fornitore di assistenza domiciliare del paziente non è partner del nostro piano.
- Non siamo stati in grado di fornire i servizi richiesti dal nostro contratto con lo Stato

Se è in possesso dei requisiti, il paziente può passare a un altro tipo di piano di assistenza gestita a lungo termine, come Medicaid Advantage Plus (MAP) o Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), in qualsiasi momento e senza una valido motivo.

Per cambiare i piani: Chiamare New York Medicaid Choice al numero **1-888-401-6582**. I consulenti di New York Medicaid Choice possono aiutare il paziente a cambiare piano sanitario.

L'attivazione di un nuovo piano in seguito all'iscrizione potrebbe richiedere da due a sei settimane. Il paziente riceverà un avviso da parte di New York Medicaid Choice che conterrà la data di iscrizione al nuovo piano. Aetna Better Health of New York fornirà le cure necessarie fino a quel momento.

Chiamare New York Medicaid Choice per chiedere un intervento più rapido qualora il tempo necessario per trasferire i piani possa essere dannoso per la salute del paziente. È inoltre possibile chiedere un intervento più rapido se il paziente ha comunicato a New York Medicaid Choice che non accetta di iscriversi ad Aetna Better Health of New York.

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

Disiscrizione involontaria

La disiscrizione involontaria è una disiscrizione avviata da Aetna Better Health of New York. Se il paziente non richiede la disiscrizione volontaria, siamo tenuti ad avviare la procedura di disiscrizione involontaria entro cinque (5) giorni lavorativi dalla data in cui è noto che il paziente soddisfa uno dei motivi per la disiscrizione involontaria.

Il paziente deve lasciare Aetna Better Health of New York se:

- Non è più idoneo per Medicaid.
- Si trasferisce definitivamente fuori dall'area servita di Aetna Better Health of New York.
- Si trova fuori dall'area servita dal piano per più di 30 giorni consecutivi.
- Ha bisogno di assistenza in una casa di cura ma non è idoneo a ricevere il programma Medicaid istituzionale.
- È ricoverato presso un ospedale o entra a far parte di un programma residenziale dell'Office of Mental Health, dell'Office for People with Developmental Disability o dell'Office of Alcoholism and Substance Abuse Services per quarantacinque (45) giorni consecutivi o più.
- Viene sottoposto mensilmente a una valutazione e viene dichiarato che non necessita più di (CBLTSS) a livello funzionale o clinico.
- È iscritto solo a Medicaid e non soddisfa più il livello di assistenza della casa di cura, come stabilito dallo strumento di valutazione designato.
- Riceve l'assistenza sociale diurna come unico servizio.
- Non richiede più, e riceve, almeno un CBLTSS in ogni mese solare.
- Al momento della rivalutazione, mentre vive in comunità, si stabilisce che il paziente non ha più bisogno di un CBLTSS a livello funzionale o clinico.
- È in carcere.
- Fornisce al personale addetto al piano informazioni false, inganna in altro modo o adotta una condotta fraudolenta in relazione a qualsiasi aspetto sostanziale dell'adesione al piano.

Possiamo chiedere al paziente di lasciare Aetna Better Health of New York se:

- Lui o un membro della famiglia, o un caregiver informale o un'altra persona del nucleo familiare adotta una condotta o un comportamento che compromette seriamente la nostra capacità di fornire i servizi.
- Non paga o prende accordi per pagare l'importo dovuto come spesa/eccedenza entro 30 giorni dalla data in cui l'importo è diventato esigibile, come stabilito dal Dipartimento locale dei servizi sociali. Avremo compiuto uno sforzo ragionevole per riscuotere l'importo.

Prima di disiscrivere involontariamente un paziente, Aetna Better Health of New York dovrà ottenere l'approvazione di New York Medicaid Choice (NYMC), o dell'ente

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

designato dallo Stato. La data effettiva di disiscrizione sarà il primo giorno del mese successivo a quello in cui l'iscritto diventa non idoneo all'iscrizione. Se continua a necessitare di CBLTSS, il paziente dovrà scegliere un altro piano o sarà automaticamente assegnato (autoassegnato) a un altro piano.

COMPETENZA CULTURALE E LINGUISTICA

Aetna Better Health of New York rispetta i credi di ognuno ed è sensibile alla diversità culturale. Rispettiamo la cultura e l'identità culturale del paziente e ci impegniamo per eliminare le disparità culturali. Manteniamo una rete di fornitori inclusiva e culturalmente competente e promuoviamo e assicuriamo l'erogazione di servizi in modo culturalmente appropriato a tutti gli iscritti. Ciò include, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, coloro che hanno una conoscenza limitata dell'inglese, appartengono a diversi contesti culturali ed etnici e a diverse comunità religiose.

DIRITTI E RESPONSABILITÀ DEGLI ISCRITTI

Aetna Better Health of New York si impegnerà al massimo per garantire che tutti gli iscritti siano trattati con dignità e rispetto. Al momento dell'iscrizione sul sito, il Responsabile delle cure illustrerà al paziente i suoi diritti e le sue responsabilità. Se il paziente ha bisogno di servizi di interpretariato, il Responsabile delle cure provvederà a organizzarli. Il personale farà il possibile per assistere il paziente nell'esercizio dei propri diritti.

Diritti degli iscritti

- Il paziente ha il diritto di ricevere le cure mediche necessarie.
- Il paziente ha il diritto di accedere tempestivamente alle cure e ai servizi.
- Il paziente ha il diritto alla privacy sulla propria cartella clinica e sulle cure che riceve.
- Il paziente ha il diritto di ricevere informazioni sulle opzioni e sulle alternative terapeutiche disponibili, presentate in un modalità e in una lingua comprensibili.
- Il paziente ha il diritto di ricevere informazioni in una lingua comprensibile; può richiedere gratuitamente dei servizi di interpretariato.
- Il paziente ha il diritto di ricevere le informazioni necessarie per dare il proprio consenso informato prima dell'inizio del trattamento.
- Il paziente ha il diritto di essere trattato con rispetto e dignità.
- Il paziente ha il diritto di ottenere una copia della propria cartella clinica e di chiederne la modifica o la correzione.
- Il paziente ha il diritto di partecipare alle decisioni sulla propria assistenza sanitaria, compreso il diritto di rifiutare le cure.

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

- Il paziente ha il diritto di non subire alcuna forma di contenzione o isolamento utilizzata come mezzo di coercizione, disciplina, convenienza o ritorsione.
- Il paziente ha il diritto di ricevere assistenza a prescindere da sesso, razza, stato di salute, colore, età, nazionalità, orientamento sessuale, stato civile o religione.
- Il paziente ha il diritto di essere informato su dove, quando e come ottenere i servizi di cui ha bisogno dal suo piano di assistenza gestita a lungo termine, compreso come ottenere le prestazioni coperte da fornitori esterni alla rete se non sono disponibili nella rete del piano.
- Il paziente ha il diritto di presentare un reclamo al Dipartimento della Salute dello Stato di New York o al Dipartimento dei Servizi Sociali locale.
- Il paziente ha il diritto di ricorrere al sistema di udienze pubbliche dello Stato di New York e/o di presentare un ricorso esterno allo Stato di New York, se del caso.
- Il paziente ha il diritto di nominare una persona che parli per suo conto delle sue cure e dei suoi trattamenti.
- Il paziente ha il diritto di chiedere assistenza al programma di Ombudsman dei partecipanti.

Responsabilità degli iscritti

- Ricevere servizi coperti tramite Aetna Better Health of New York.
- Utilizzare fornitori della rete per i servizi coperti da Aetna Better Health of New York, nella misura in cui tali fornitori sono disponibili.
- Ottenere un'autorizzazione preventiva per i servizi coperti, tranne che per i servizi coperti pre-approvati o in caso di emergenza; essere visitati dal proprio medico, se si verifica un cambiamento nel proprio stato di salute.
- Condividere informazioni sanitarie complete e accurate con i propri fornitori di assistenza sanitaria.
- Informare il personale di Aetna Better Health of New York di eventuali cambiamenti nel proprio stato di salute e di comunicare se non capisce o non è in grado di seguire le istruzioni.
- Seguire il piano di cura consigliato dal personale di Aetna Better Health of New York (con il contributo del paziente).
- Collaborare e rispettare il personale di Aetna Better Health of New York e non discriminare il personale di Aetna Better Health of New York per motivi di razza, colore, nazionalità, religione, sesso, età, abilità mentale o fisica, orientamento sessuale o stato civile.
- Informare Aetna Better Health of New York entro due giorni lavorativi dal ricevimento di servizi non coperti o non pre-approvati.
- Comunicare in anticipo all'équipe sanitaria di Aetna Better Health of New York ogni volta che il paziente non sarà a casa per ricevere i servizi o le cure che sono state concordate.

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

- Informare Aetna Better Health di New York prima di trasferirsi definitivamente fuori dall'area servita o di assentarsi a lungo dall'area servita.
- Le azioni del paziente se rifiuta il trattamento o non segue le istruzioni dell'operatore sanitario.
- Adempiere agli obblighi finanziari.

Direttive anticipate

Le direttive anticipate sono documenti legali che assicurano che le richieste del paziente siano soddisfatte nel caso in cui non possa prendere decisioni per se stesso. Le direttive anticipate possono assumere la forma di una delega di assistenza sanitaria, di un testamento biologico o di un ordine di non rianimazione. Questi documenti possono indicare quali cure il paziente desidera che siano prestate in determinate circostanze e/o possono autorizzare un determinato familiare o amico a prendere decisioni per suo conto.

Il paziente ha il diritto di formulare le proprie direttive anticipate come desidera. È molto importante documentare come il paziente desidera che la sua assistenza prosegua nel caso in cui non sia più in grado di comunicare con gli operatori in maniera consapevole a causa di una malattia o di un infortunio. Per assistenza nella compilazione di questi documenti, rivolgersi al proprio Responsabile delle cure. Se il paziente dispone già di una direttiva anticipata, deve condividerne una copia con il proprio Responsabile delle cure.

Informazioni disponibili su richiesta

- Informazioni relative alla struttura e al funzionamento di Aetna Better Health of New York.
- Criteri specifici di revisione clinica relativi a una particolare condizione di salute e altre informazioni che Aetna Better Health of New York prende in considerazione per autorizzare i servizi.
- Politiche e procedure sulle informazioni sanitarie protette.
- Descrizione scritta delle modalità organizzative e delle procedure in corso del programma di assicurazione della qualità e di miglioramento delle prestazioni.
- Politiche di accreditamento dei fornitori.
- Una copia recente del rendiconto finanziario certificato di Aetna Better Health of New York politiche e procedure utilizzate da Aetna Better Health of New York per determinare l'idoneità di un fornitore.

Servizi per gli iscritti **1-855-456-9126 (NY Relay: 711 per non udenti)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

AetnaBetterHealth.com/NewYork

©2023 Aetna Inc.

1376310-NY-IT



Aetna Better Health® of New York