

TRASFONDO

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Que hacer si usted tiene un problema o preocupación

Este Capítulo explica los dos tipos de procesos formales para lidiar con los problemas:

- Para algunos tipos de problemas, usted necesita usar los **procesos para decisión de cubierta y para Apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas usted tendrá que usar los **procesos para someter quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para asegurar ser justo y el manejo rápido de sus problemas, cada proceso tiene un grupo de reglas, procedimientos, y fechas límite que debemos seguir tanto nosotros como usted.

¿Cuales usa usted? Eso depende del tipo de problema que usted este teniendo. La guía en la SECCIÓN 3 le podrá ayudar a identificar los procesos correctos que se deben usar.

Sección 1.2 Sobre los Términos legales

Existen Términos técnicos legales para alguna de las reglas, procedimientos, y tipos de fechas límite explicados en este Capítulo. Muchos de estos Términos no le son familiares para la mayoría de las personas y puede ser difícil entender.

Para mantener las cosas simples, este Capítulo explica las reglas legales y procesamientos usando palabras más comunes en vez de ciertos Términos legales. Por ejemplo, este Capítulo generalmente dice “sometiendo una queja” en vez de “sometiendo una querella,” “decisión de cubierta” en vez de “determinación de cubierta,” y “Organización Independiente de Evaluación” en vez de “Entidad Independiente de Evaluación.” También usa abreviaturas lo menos posible.

De todas maneras, podría ser de ayuda –y a veces muy importante – el que usted sepa el término legal correcto para la situación en la que usted se encuentra. Sabiendo que términos usar esto le ayudara a comunicarse más clara y certeramente Cuando este lidiando con sus problemas y recibir la ayuda correcta o información para su situación. Para ayudarle a saber qué términos usar, nosotros incluimos Términos legales Cuando le damos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no tengan conexión con nosotros

Sección 2.1 <i>Donde obtener más información y asistencia personalizada</i>

A veces puede ser confuso empezar y seguir el proceso para lidiar con un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene energía limitada. En otras ocasiones, usted no tendrá el conocimiento necesario para dar el próximo paso. Tal vez ambos sean ciertos para usted.

Recibir ayuda de una organización gubernamental independiente

Nosotros estamos siempre disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones usted también quisiera ayuda o guía de alguien que no tenga conexión con nosotros. Usted siempre puede contactar su **Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado**. Este programa de gobierno a adiestrado consejeros en cada estado. El programa no está en conexión con nuestro plan con ninguna compañía aseguradora de salud. Los consejeros de este programa le pueden hacer entender que procesos usted debe usar para manejar el problema que este teniendo. Ellos también pueden contestar preguntas, darle más información, y ofrecer conserjería en lo que debe hacer.

Sus servicios son gratis. Usted podrá encontrar números telefónicos en el Capítulo 2, SECCIÓN 3 de este manual.

Usted también puede recibir ayuda e información de Medicare

Para más información y ayuda en el manejo del problema, usted también puede contactar Medicare. Aquí hay dos maneras para recibir información directa de Medicare:

- Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días de la semana. Usuarios de TTY deben de llamar al 1-877-486-2048.
- Usted puede visitar la página de Internet (<http://www.Medicare.gov>).

SECCIÓN 3 ¿Para lidiar con su problema, que proceso debe usar usted?

Sección 3.1 <i>¿Debe usted usar el proceso para decisión de cubierta y Apelaciones O debería usted usar el proceso para someter quejas?</i>

Si tiene usted un problema o inquietud y quiere usted hacer algo al respecto, usted no tiene que leer este Capítulo por completo. Usted solo necesita encontrar y leer las partes de este Capítulo que aplican a su situación. La guía que sigue le ayudara.

<p>Para saber en qué parte de este capítulo le hablamos sobre su problema o duda, COMIENCE AQUÍ</p>
--

DECISIÓN DE CUBIERTA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía básica de la decisión de cubierta y Apelaciones

Sección 4.1 Solicitando una decisión de cubierta y Apelaciones: una perspectiva amplia

El proceso de decisión de cubierta y el de Apelaciones o problemas relacionados a sus beneficios y cubiertas para medicamentos recetados, incluyendo problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como el de si un servicio o medicamento está cubierto o no y el modo en el cual está cubierto el medicamento.

Solicitando decisiones de cubierta

Una decisión de cubierta es una decisión que nosotros tomamos sobre sus beneficios y cubierta o sobre la cantidad que nosotros pagaremos por sus servicios médicos o medicamento recetados. Nosotros tomamos una decisión de cubierta por usted cada vez que usted va al médico para cuidado médico. Por ejemplo si usted desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cubierta.

Nosotros estamos tomando una decisión de cubierta para usted cada vez que nosotros decidamos lo que está cubierto para usted y cuanto le pagamos. En algunos casos nosotros podríamos decidir que el medicamento no está cubierto o que de ahora en adelante su medicamento no será cubierto por Medicare. Si usted está en desacuerdo con esta decisión de cubierta, usted, usted puede someter una apelación

Haciendo una apelación

Si nosotros tomamos una decisión de cubierta y usted no está satisfecho con esta decisión, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cubierta que hemos hecho.

Cuando usted solicita una apelación nosotros revisamos la decisión de cubierta que hemos hecho para verificar que hayamos sido justos y seguimos todas las reglas como es debido. Cuando nosotros hemos completado la revisión nosotros le damos nuestra decisión.

Si le decimos no a todo o parte de su Nivel 1 de Apelación, su caso automáticamente pasara al Nivel 2 de Apelación. El Nivel 2 de Apelación es conducida por una organización independiente que no está en conexión con nuestro plan. Si usted no está satisfecho con la decisión del Nivel 2 de Apelación, usted podría estar dispuesto a continuar con varios más niveles de apelación.

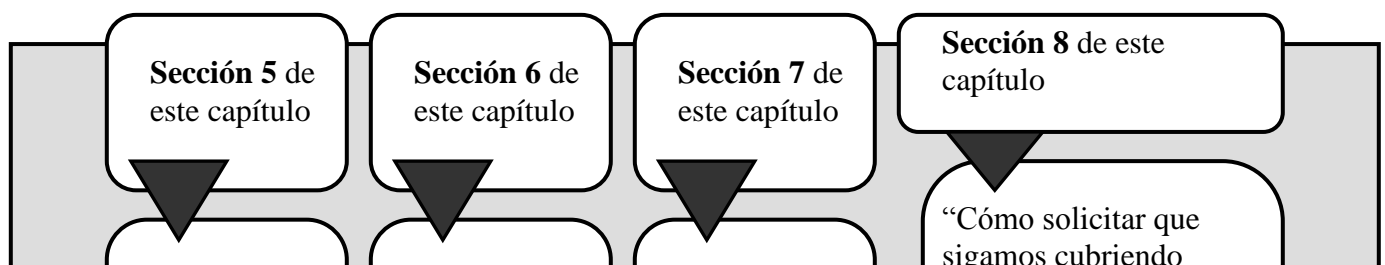
Sección 4.2 *Cómo obtener ayuda cuando este usted pidiendo una decisión de cubierta o una Apelación*

¿Quisiera usted algo de ayuda? Aquí hay recursos que tal vez usted quisiera utilizar si usted decide pedir algún tipo de decisión de cubierta o apelar una decisión:

- Usted **puede llamarnos a Servicios al Cliente** (los números de teléfono están en la portada).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté en conexión con nuestro plan, contacte su Programa de Asistencia de Seguro de Salud de Estado (vea la Sección 2 de este Capítulo).
- **Usted podría considerar que su médico u otro recetador envueltos de ser posible, especialmente si usted quiere una decisión “rápida” o “expedita”.** En la mayoría de las situaciones en la que se envuelven decisión de cubierta o Apelación, su médico u otro recetador le debe de explicar las razones médicas que le dan peso a su solicitud. Su médico u otro recetador no puede solicitar cada Apelación. Él/ella le puede solicitar al plan una decisión de cubierta y una Apelación en el Nivel 1. Para solicitar cualquier apelación luego del Nivel 1, su médico u otro recetador debe de estar señalado como su “representante” (vea abajo sobre “representantes”).
- **Usted puede pedir que alguien actúe de su parte.** Si usted quiere, usted puede nombrar a alguien a actuar por usted como su “representante” para solicitar una decisión de cubierta o una Apelación.
 - Tal vez ya haya una persona que legalmente autorizada para actuar como su representante bajo la ley del estado.
 - Si usted quiere que un amigo, familiar, su médico u otro recetador, u otra persona sea su representante, llame a Servicio l Afiliado y pregunte por el formulario para darle a una persona permiso para actuar de su parte. El formulario debería estar firmado por usted y por la persona que usted quisiera que actuara de su parte. Usted le debe dar a nuestro plan una copia firmada del formulario.
- **Usted también tiene el derecho a contratar un abogado para que actúe de su parte.** Usted podría contactar a su propio abogado, u obtener el nombre de un abogado de la asociación de abogados colegiados del estado u otro servicio de referido. Aquí también hay grupos que le darán servicios legales gratuitos si cualifica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión de cubierta o decisión de Apelación.

Sección 4.3 *¿Que Sección de este capítulo le da detalles para su situación?*

Hay cuatro tipos de situaciones que envuelven decisiones de cubierta y apelaciones. Ya que cada situación tiene diferentes reglas y fechas límites, le damos los detalles de cada una en una Sección separada:



Si aún no está seguro cual Sección debería estar usando, favor de llamar a Servicios al Cliente (los números están en la portada). También puede obtener ayuda o información de organizaciones del gobierno tales como su Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado (el Capítulo 2, Sección 3 de este manual le provee los números para este programa.)

SECCIÓN 5 Su cuidado médico: Como pedir una decisión de cubierta o hacer una Apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía a “lo básico” de decisiones de cubierta y apelaciones*)? Si no es así, quizás quiera leerla antes de comenzar esta Sección.

Sección 5.1 Esta SECCIÓN le dice lo que debe de hacer si usted tiene problemas obteniendo cuidado médico o usted quiere que le pagemos de vuelta por un servicio recibido

Esta Sección es sobre sus beneficios de cuidado médico y servicios. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de de este manual: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga). Para mantener esto simple, generalmente nos referimos a “cubierta de

cuidado médico” o “cuidado médico” en esta Sección, en vez de repetir “cuidado médico o tratamiento o servicios” cada vez.

Esta Sección le habla sobre lo que usted puede hacer si esta en alguna de las siguientes 5 situaciones:

1. No está obteniendo cierto cuidado médico que usted desea, y usted entiende que este cuidado está cubierto por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprobara cuidado médico que su médico o proveedor quiere darle, y usted entiende que este cuidado está cubierto por nuestro plan.
3. Usted ha recibido servicios o cuidado médico que entiende deben estar cubiertos por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos por este cuidado.
4. Usted ha recibido y pagado por servicios y cuidado médico que usted entiende debe estar cubierto por el plan, y desea pedirle al plan que lo reembolse por este cuidado.
5. Se le ha dicho que cubierta por ciertos tipos de cuidado médico que ha estado recibiendo serán reducidos o se van a detener, y usted entiende que reducir o detener su cuidado puede lastimar su salud.

- **NOTA: Si la cubierta que se va a detener es para cuidado hospitalario, cuidado de salud en el hogar, servicios en facilidad de cuidado diestro de enfermería, o Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés), necesita leer una Sección separada de este capítulo ya que aplican reglas especiales a este tipo de cuidado. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:**
 - Capítulo 9, Sección 7: *Cómo pedir una hospitalización más larga si usted entiende que le están dando de alta antes de tiempo.*
 - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo pedirle al plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si entiende que su cubierta está terminando antes de tiempo.* Esta Sección es acerca de tres servicios solamente: cuidado de salud en el hogar, servicios en facilidad de cuidado diestro de enfermería, o Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés.)
- Para las demás situaciones que envuelvan que se detenga un cuidado médico que esté recibiendo, utilice esta Sección (Sección 5) como una guía de que hacer.

¿En cuál de estas situaciones usted se encuentra?

¿Usted desea saber si nuestro plan cubrirá el cuidado médico o servicios que usted quiere?

Necesita solicitarle al

¿Nuestro plan ya le notificó que no le cubriremos o pagaremos por servicios médicos en la forma que usted desea que se cubran o se paguen?

Puede someter una

¿Usted desea solicitarle al plan que le haga un reembolso por cuidado médico o por servicios que ya usted recibió o por los que ya pagó?

Puede enviarnos la

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Como pedir una decisión de cubierta o de hacer una Apelación



¿Ha leído usted la SECCIÓN 4 de este Capítulo (*Una guía “básica” de la decisión de cubierta y Apelaciones*)? Si no, usted tal vez quisiera leerlo antes de empezar esta SECCIÓN.

Sección 6.1 Esta SECCIÓN le dice lo que debe de hacer si usted tiene problemas obteniendo un medicamento de la Parte D o usted quiere que le paguemos de vuelta por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como afiliados de nuestro plan incluyen cubierta de muchos medicamentos recetados ambulatoriamente. Medicare llama a estos medicamentos recetados ambulatoriamente “medicamentos de la Parte D.” Usted puede obtener estos medicamentos siempre y cuando estos estén incluidos en nuestro plan *Listado de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y ellos son médicamente necesarios para usted, como se haya determinado por su médico primario u otro proveedor.

- **Esta SECCIÓN es solo sobre la Parte D.** Para mantener las cosas simples, nosotros generalmente decimos “medicamentos”, en vez de repetir “cubierta de medicamentos recetados ambulatoriamente” o “medicamentos de la Parte D” en cada ocasión en el resto de la SECCIÓN.
- Para detalles sobre lo que queremos decir por medicamentos de la Parte D, el *Listado de Medicamentos Cubiertos*, reglas y restricciones en cubiertas, e información de costos, vea el Capítulo 5 (*Usando la cubierta de nuestro plan para los medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Que paga usted por los medicamentos de la Parte D*)

Decisión de cubierta y Apelaciones de la Parte D

Como se discutió en la SECCIÓN 4 de este Capítulo, una decisión de cubierta es una decisión que nosotros tomamos sobre sus beneficios y cubierta o sobre la cantidad que le pagaremos por sus medicamentos.

Términos Legales	Una decisión de cubierta es regularmente llamada “ determinación inicial ” o “decisión inicial.” Cuando la cubierta es sobre los medicamentos de la Parte D, la determinación inicial es llamada “ determinación de cubierta. ”
-------------------------	---

Aquí hay ejemplos de decisión de cubierta que nos solicito que hiciera sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos solicito que hiciéramos una excepción, incluyendo:
 - Pidiéndonos que cubriéramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* por el plan.
 - Pidiéndonos que pasáramos por alto la restricción de cubierta de medicamento del plan (como los límites en la cantidad de medicamentos que puede recibir)
 - Pidiéndonos pagar una cantidad menor a la del gasto compartido por un medicamento cubierto no preferido
- Usted nos solicita si un medicamento esta para usted cubierto y si usted satisface cualquier reglamento de cubierta que aplique. (Por ejemplo, Cuando su medicamento está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* pero nosotros requerimos que usted obtenga aprobación de nosotros primero, antes de que se la podamos cubrir.)
- Usted nos pide que paguemos por un medicamento recetado que usted ya compro. Esto es una solicitud de decisión de cubierta sobre pago.

Si usted está en desacuerdo con la decisión de cubierta que hemos tomado, usted puede apelar nuestra decisión.

Esta SECCIÓN le dice sobre ambas maneras para solicitar una decisión de cubierta y de cómo solicitar una Apelación. Use esta guía para ayudarle a determinar que parte tiene información de su situación:

¿En cuál de estas situaciones usted se encuentra?

Solicitar una Decisión de Cubierta

¿Desea solicitarnos que hagamos una excepción a las reglas o restricciones de nuestros planes para la cubierta de algún medicamento?

Puede solicitar una excepción (Esto es un tipo de decisión de cubierta)

Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo

¿Desea solicitarnos cubierta para un medicamento?

(Por ejemplo, si cubrimos el medicamento, pero requerimos que obtenga aprobación nuestra primero)

Puede solicitar una decisión de cubierta.

Pase a la **Sección 6.4** de este capítulo.

¿Desea solicitar un reembolso por un medicamento que ya recibió y por el cual pagó?

Puede pedirnos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cubierta)

Pase a la **Sección 6.4** de este capítulo.

Someter una Apelación

¿Nuestro plan ya le notificó que no le cubriremos o pagaremos por un medicamento en la forma que usted desea que se cubra o se pague?

Puede someter una apelación.

(Esto significa que nos está pidiendo una reconsideración)

Pase a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Que es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera en la que a usted le gustaría que estuviese cubierto, usted puede pedirle al plan que haga una “excepción.” Una excepción es un tipo de decisión de cubierta, si nosotros rechazamos su solicitud de excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Cuando usted pide una excepción, su médico u otro recetador necesitarán explicar las razones médicas por las cuales usted necesita que esta excepción sea aprobada. Nosotros entonces consideraremos su solicitud. Aquí están *tres* ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro recetador nos pueden pedir que hagamos:

1. Cubrir para usted un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del Plan* (Nosotros le llamamos el “Listado de Medicamentos”.)

Términos Legales	Solicitando cubierta para un medicamento que no está en el Listado de Medicamentos es a veces llamado solicitando por una “ excepción al formulario. ”
-------------------------	---

- Si nosotros acordamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en el Listado de Medicamentos, usted necesitara pagar por la cantidad del costo compartido que aplique para todos nuestros medicamentos. Usted no puede pedir una excepción a la cantidad del copago o coaseguro que se le requiere a usted que pague.
- Usted no puede pedir cubierta para ninguno de los “medicamentos excluidos” u otro medicamento que no sea de la Parte D que Medicare no cubre. (Para más información sobre medicamentos excluidos, vea el Capítulo 5.)

2. Removiendo una restricción de la cubierta del plan para un medicamento cubierto. Hay reglas extra o restricciones que aplican a cierto tipo de medicamentos de la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan (para más información, vaya al Capítulo 3).

Términos Legales	Pedir la remoción de una restricción en la cubierta para un medicamento es a veces llamado “ excepción al formulario. ”
-------------------------	--

- Las reglas extra y restricciones en cubierta para ciertos tipos de medicamentos:
 - *Siendo requerido a usar versiones genéricas* de un medicamento en vez del medicamento de marca reconocida.
 - *Obteniendo la aprobación del plan por adelantado* antes de que nosotros acordemos a cubrir el medicamento para usted. (Esto es a veces llamado “autorización previa.”)
 - *Límite de Cantidades.* Para algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad de medicamento que puede tener.
- Si nuestro plan acuerda hacer una excepción y pasa por alto una restricción por usted, usted puede pedir una excepción a la cantidad del copago o coaseguro que nosotros le requerimos pagar por el medicamento.

3. Cambiando cubierta de un medicamento a un costo compartido de un nivel más bajo. Todo medicamento en el Listado de Medicamentos del plan es uno de dos (2) niveles de costo compartido. En general, mientras más bajo el nivel de costo compartido, menos pagará usted por su parte del costo de medicamentos.

Términos Legales	Pidiendo pagar un precio preferido más bajo por un medicamento no preferido es a veces llamado “ excepción de nivel. ”
-------------------------	---

- Si su medicamento esta en el nivel de marca usted puede pedirnos que lo cubramos al costo del costo compartido que aplique en el nivel genérico. Esto bajaría su parte del costo por el medicamento.

SECCIÓN 6.3 Cosas importantes que debe saber sobre solicitud de excepción

Su médico nos debe decir las razones médicas

Su médico u otro recetador nos deben de dar una declaración escrita que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de parte de su médico u otro recetador Cuando pida la excepción.

Típicamente, nuestro Listado de Medicamentos incluye más de un medicamento que trata condiciones particulares. Estas diferentes posibilidades son llamadas medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuese tan efectivo como el medicamento que usted está solicitando y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, nosotros generalmente *no* aprobamos su solicitud para una excepción.

Nuestro plan puede decir que sí o no a su solicitud

- Si nosotros le aprobamos su solicitud para una excepción, nuestra aprobación usualmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto por tanto su médico continua prescribiendo el medicamento a usted y ese medicamento continua siendo seguro y efectivo para tratar su condición.
- Si nosotros decimos que no a su solicitud a una excepción, usted puede pedir que se revise nuestra decisión solicitando una Apelación. SECCIÓN 6.5 le dice como someter una Apelación si le decimos que no.

La próxima SECCIÓN le habla de cómo pedir una decisión de cubierta, incluyendo una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Como pedir una decisión de cubierta, incluyendo excepción

Paso 1: Usted le pide a nuestro plan que haga una decisión de cubierta sobre medicamentos o pago que necesita Si salud requiere una respuesta rápida, usted debe pedirnos que tomemos una “**decisión rápida.**” **Usted no puede pedir una decisión rápida si usted nos está pidiendo que paguemos por un medicamento que ya compró.**

Que hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cubierta que quiere.** Comience por llamar, escribir, o enviar por fax a nuestro plan su solicitud. Usted, su representante, o su médico (u otro recetador) puede hacer esto. Para los detalles, vaya al Capítulo 2, SECCIÓN 1 y mire la SECCIÓN llamada, *Como contactar nuestro plan Cuando usted está solicitando por una decisión de cubierta sobre la Parte D de medicamentos recetados*. O si usted esta pidiéndonos que paguemos por un medicamento, vaya a la SECCIÓN llamada, *A donde enviar una solicitud que pide le paguemos por nuestra parte del costo del cuidado médico o medicamento que ya recibió*.
- **Usted o su médico o alguien más que este actuado por usted** puede pedir una decisión de cubierta. La SECCIÓN 4 de este Capítulo le dice como puede dar permiso escrito a alguien más para que actúe como su representante. Usted también puede tener un abogado que actúe por usted.
- **Si usted quiere pedirle a nuestro plan que pague por un medicamento,** empiece leyendo el Capítulo 7 de este manual: *Pidiéndole al plan que pague su parte de una facture que usted haya recibido por servicios médicos o medicamentos*. Capítulo 7 describa las situaciones en las cuales usted podría pedir un reembolso. También le dice como enviarnos el papeleo que nos solicita que le paguemos por nuestra parte del costo de un medicamento por el cual ya pago.
- **Si usted está solicitando una excepción, provea la “declaración del médico.”** Su médico u otro recetador nos debe de dar la razón médica para la excepción de medicamento que usted está solicitando. (Nosotros le llamamos a esto la “declaración del médico.”) Su médico u otro recetador puede enviar por fax o correo esta declaración nuestro plan. O su médico u otro recetador nos puede decir por teléfono y dar seguimiento enviando por fax o correo la declaración firmada. Vea la SECCIÓN 6.2 y 6.3 para más información sobre su solicitud de excepción.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida”

Términos Legales	Una “decisión rápida” es llamada una “ decisión expedita. ”
-------------------------	--

- Cuando nosotros le damos nuestra decisión, nosotros usaremos las fechas límites “estándar” a menos que hayamos acordado usar una fecha límite “rápida” fechas límite. A estándar decisión significa que le daremos una decisión durante 72 horas luego de que nosotros recibamos la declaración de su médico. Una decisión rápida significa que nosotros contestaremos en 24 horas.
- **Para obtener una decisión rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**
 - Usted puede obtener una decisión rápida solo si usted está solicitando por un medicamento que aun no ha recibido. (Usted no puede tener una decisión rápida si usted nos está pidiendo que le paguemos por medicamentos que ya compro.)
 - Usted puede obtener una decisión rápida *solo* si las fechas límites estándar *pudiesen causarles serios daños a su salud o dañara su habilidad para funcionar.*

- **Si su médico u otro recetador nos dice que su salud requiere una “decisión rápida,” nosotros automáticamente acordaremos en darle una decisión rápida.**
- Si usted pide una decisión rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otro recetador), nuestro plan decidirá si su salud requiere que tomemos una decisión rápida.
 - Si nosotros decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida, nosotros le enviaremos una carta donde lo diga (y nosotros en vez usaremos las fechas límites estándar).
 - Esta carta le dirá a usted que si su médico u otro recetador pide una decisión rápida, nosotros automáticamente le daremos una decisión rápida.
 - La carta también le dirá si puede usted radicar una queja sobre la decisión de darle una decisión estándar en vez de la rápida que usted solicitara. Le dice como someter una queja “rápida”, lo cual significa que usted recibirá nuestra respuesta a su queja dentro de 24 horas. (El proceso para someter una queja es diferente al proceso de decisión de cubierta y Apelaciones. Para más información sobre el proceso para someter una queja, vea la SECCIÓN 10 de este Capítulo.)

Paso 2: Nuestro plan considera su petición y nosotros le damos una respuesta.

Fechas límites para una decisión de cubierta “rápida”

- Si nosotros estamos usando las fechas límites rápidas, nosotros le debemos de dar nuestra contestación **dentro de 24 horas**.
 - Generalmente, esto quiere decir en o antes de 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si usted está pidiendo una excepción, nosotros le daremos nuestra contestación dentro de 24 horas después de que hayamos recibido la declaración de su médico apoyando su solicitud. Nosotros le daremos su contestación antes si su salud nos lo requiere.
 - Si nosotros no cumplimos con estas fechas límites, nosotros estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de Apelaciones, donde será revisado por una organización externa independiente. Luego en esta SECCIÓN, nosotros le hablamos sobre esta organización y explica que sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **Si nuestra contestación es si a parte o a todo lo que solicito**, nosotros debemos proveerle la cubierta que hemos acordado proveerle dentro de 24 horas después de recibir su petición o la declaración del médico que apoya su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no parte o a todo lo que usted solicito**, nosotros le enviaremos una declaración escrita que explica porque dijimos no.

Fechas límite para una decisión de cubierta “estándar”

- Si nosotros estaos usando las fechas límites estándar, nosotros le deberíamos dar nuestra respuesta **dentro de 72 horas**.

- Generalmente, esto significa que dentro de 72 horas después de recibir su solicitud. Si usted está solicitando una excepción, nosotros le daremos nuestra contestación dentro de 72 horas luego de haber recibido la declaración de su médico apoyando su solicitud. Nosotros le daremos nuestra contestación antes si su salud nos lo requiere.
- Si nosotros no cumplimos con esta fecha límite, nosotros estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso, donde será revisado por una organización independiente. Luego en esta SECCIÓN, nosotros le diremos sobre esta organización y explicaremos Apelaciones.
- **Si nuestra contestación es si a parte o a todo lo que solicito –**
 - Si nosotros aprobamos su solicitud de cubierta, nosotros debemos **proveer la cubierta** que hemos acordado **dentro de 72 horas** luego de que recibamos su solicitud o declaración de su médico apoyando su solicitud.
 - Si nosotros aprobamos su solicitud de pago por un medicamento que ya compro, estamos también obligados a **enviarle el pago a usted dentro de 30 días calendario** luego de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico apoyando su solicitud.
- **Si nuestra contestación es no a parte o a todo lo que usted solicito**, nosotros le enviaremos una declaración escrita que explica por qué decimos no.

Paso 3: Si decimos no a su solicitud de cubierta, usted decide si quiere hacer una Apelación.

- Si nuestro plan le dice no, usted tiene el derecho a solicitar una Apelación. Solicitar una apelación significa pedir una reconsideración –y posiblemente cambie – la decisión que tomamos.

<p>Sección 6.5 <i>Paso a paso: Como someter una Apelación de Nivel 1</i> <i>(como pedir una revisión de una decisión de cubierta hecha por nuestro plan)</i></p>
--

<p>Términos Legales</p>	<p>Cuando usted comienza un proceso de Apelación solicitando una Apelación, es llamado el “primer nivel de Apelación” o una “Apelación del Nivel 1.”</p> <p>Una apelación al plan sobre una decisión de cubierta por un medicamento de la Parte D es llamada “redeterminación.”</p>
--------------------------------	--

Paso 1: Usted contacta nuestro plan y somete su Apelación del Nivel 1.

Si su salud requiere una respuesta rápida, usted debe pedir una “**apelación rápida.**”

¿Qué hacer?

- **Para empezar su Apelación, usted (o su representante o su médico u otro recetador) debe contactar nuestro plan.**

- Para detalles sobre cómo conseguirnos por teléfono, fax, correo, o en persona para cualquier propósito relacionado con su Apelación, vaya al Capítulo 2, SECCIÓN 1, y busque la Sección llamada, *Como contactar nuestro plan Cuando usted está sometiendo una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Someta su Apelación por escrito sometiendo una solicitud por escrito.** Usted también puede solicitar una Apelación llamando los números de teléfono que aparecen en el Capítulo 2, SECCIÓN 1 (*Como contactar nuestro plan Cuando usted está sometiendo una Apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Usted deberá someter su Apelación dentro de 60 días calendario** desde la fecha en la notificación escrita que le enviamos para dejarle saber nuestra respuesta a su solicitud para una decisión de cubierta. Si usted dejó pasar la fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado pasar, nosotros le daremos más tiempo para hacer su Apelación.
- **Usted también puede pedir una copia de la información en su Apelación y añadir más información.**
 - Usted tiene el derecho a solicitarnos una copia de la información con relación a su Apelación.
 - Si usted desea, usted y su médico u otro recetador le podría dar información adicional para apoyar su Apelación.

Si su salud lo requiere, pida una “Apelación rápida”

Términos Legales Una “Apelación rápida” es también llamada una “Apelación expedita.”

- Si usted está apelando una decisión que tomo nuestro plan sobre un medicamento que aun no ha recibido, usted y su médico u otro recetador necesitara decidir si usted necesita una “Apelación rápida.”
- Los requisitos para obtener una “Apelación rápida” son las mismas a las de “decisión rápida” en la SECCIÓN 6.4 de este Capítulo.

Paso 2: Nuestro plan considera su Apelación y nosotros le damos nuestra contestación.

- Cuando nuestro plan está revisando su Apelación, nosotros le damos otro vistazo a toda la información sobre su solicitud de cubierta. Nosotros verificamos para ver si fuimos justos y seguimos todas las reglas Cuando contestamos no a su solicitud. Nosotros podríamos contactarlo a usted o a su médico u otro recetador para obtener más información.

*Fechas límites para la **Apelación “rápida”***

- Si nosotros estamos usando las fechas límites rápidas, nosotros le debemos dar nuestra contestación **dentro de 72 horas después que recibimos su Apelación.** Nosotros le daremos nuestra contestación más rápido si su salud lo requiere.

- Si nosotros no le damos una contestación dentro de 72 horas, nosotros estamos obligados a enviar su solicitud a un Nivel 2 del proceso de Apelaciones, donde será revisada por una Organización de Evaluación Independiente. (Después en esta SECCIÓN, nosotros hablamos sobre esta organización de Evaluación y explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de Apelaciones.)
- **Si nuestra contestación es si a parte o todo lo que solicito**, nosotros debemos proveer la cubierta que hemos acordado proveerle dentro de 72 horas.
- **Si nuestra contestación es no a parte o a todo lo que nos solicito**, nosotros le enviaremos una declaración por escrito que explica porque contestamos que no y como apelar nuestra decisión.

*Fechas límites para una **Apelación “estándar”***

- Si nosotros estamos usando las fechas límites estándar, nosotros le debemos dar nuestra contestación **dentro de 7 días calendarios** luego de que recibimos su Apelación. Nosotros le daremos nuestra decisión antes si usted aun no ha recibido los medicamentos y su condición de salud requiere.
 - Si nosotros no le damos nuestra decisión dentro de 7 días calendario, a nosotros se nos requiere que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de Apelaciones, donde será evaluada por una Organización de Evaluación Independiente. Luego en esta SECCIÓN nosotros le diremos sobre esta organización de Evaluación y explicaremos que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted solicito –**
 - Si nosotros aprobamos una solicitud de cubierta, nosotros debemos **proveerle la cubierta** que nosotros acordamos en darle tan rápido como su salud lo requiera, pero **no después de 7 días calendarios** luego de que recibamos su Apelación.
 - Si nosotros aprobamos su solicitud de pago por un medicamento que ya usted compro, nosotros estamos obligados a **enviarle el pago a usted dentro de 30 días calendarios** luego de recibir su solicitud de Apelación.
- **Si nuestra contestación es no a parte o a todo lo que solicito**, nosotros le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos no y como apelar su decisión.

Paso 3: si nosotros decimos no a su Apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de Apelación y someter *otra Apelación*.

- Si nuestro plan dice no a su Apelación, usted entonces elige si acepta esta decisión o continúa sometiendo otra Apelación.
- Si usted decide someter otra Apelación, significa que su Apelación va a pasar al Nivel 2 de el proceso de Apelación (vea abajo).

Sección 6.6 Paso a paso: Como someter una Apelación del Nivel 2

Si nuestro plan contesta que no a su apelación, usted tendrá que escoger si acepta la decisión o si continua sometiendo otra apelación. Si usted decide pasar al Nivel 2 de Apelaciones, la **Organización Evaluadora Independiente** evalúa la decisión que tomo nuestro plan cuando contesto que no a su primera apelación. Esta organización decide si nuestra decisión debe de ser cambiada.

Términos Legales	El nombre formal para “ Organización de Evaluación Independiente. ” Es a veces llamada la “ IRE. ”
-------------------------	--

Paso 1: Para someter una Apelación del Nivel 2, usted debe de contactar la Organización de Evaluación Independiente y solicite una Evaluación de su caso.

- Si su plan dice no a su Apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviamos incluirá **instrucciones de cómo solicitar una Apelación del Nivel 2** con la Organización de Evaluación Independiente. Estas instrucciones le dirán quien puede Apelar en el Nivel 2, que fechas límites usted debe de seguir, y como contactar al evaluador de la organización.
- Cuando usted somete una Apelación a la Organización de Evaluación Independiente, nosotros enviaremos la información que nosotros tenemos sobre su Apelación a esta organización. Esta información es llamada su “archive de caso.” **Usted tiene el derecho a pedirnos una copia de su archive del caso.** Usted tiene el derecho a darle a la Organización de Evaluación Independiente información adicional para apoyar su Apelación.

Paso 2: La Organización de Evaluación Independiente evalúa su Apelación y le da una contestación.

- **La Organización de Evaluación Independiente es una organización independiente externa, que está contratado por Medicare.** Esta organización no tiene ninguna conexión con nuestro plan y no es una agencia de gobierno. Esta organización es una compañía escogida por Medicare para evaluar nuestra decisión sobre sus beneficios de la Parte D con nuestro plan.
- Evaluadores de la Organización de Evaluación Independiente darán una Mirada cuidadosamente a toda la información relacionada a su Apelación. La organización le dejará saber su decisión por escrito y explicará las razones de la misma.

Fechas límite para una Apelación “rápida” del Nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite a la Organización de Evaluación Independiente por una “Apelación rápida.”
- Si la organización evaluadora está de acuerdo con su “Apelación rápida,” la organización evaluadora deberá darle a usted una contestación a su Apelación del Nivel 2 **dentro de 72 horas** después de haber recibido su solicitud de Apelación.

- **Si la Organización de Evaluación Independiente le dijera que si a parte o a todo lo que solicito**, nosotros debemos proveerle con la cubierta de medicamentos que fue aprobada por la organización evaluadora **dentro de 24 horas** luego de que nosotros hayamos recibido la decisión de la organización evaluadora.

*Fechas límite para **Apelación “estándar”** del Nivel 2*

- Si usted tiene una Apelación estándar de Nivel 2, la organización evaluadora debe darle su respuesta a su Apelación del Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- **Si la Organización de Evaluación Independiente dice si a parte o a todo lo que usted solicito –**
 - Si la Organización de Evaluación Independiente aprueba una petición de cubierta, nosotros debemos **proveerle la cubierta de medicamentos** que le fue aprobada por la organización de evaluación **dentro de 72 horas** luego de haber recibido nosotros la decisión de la organización de evaluación.
 - La Organización de Evaluación Independiente aprueba una solicitud de pago por los medicamentos que ya usted compro, nosotros estamos obligados a **enviar el pago dentro de 30 días calendario** luego de que nosotros hayamos recibido la decisión de la organización evaluadora.

¿Qué tal si la organización evaluadora dice no a su Apelación?

Si esta organización contesta que no a su Apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto es llamado” denegar una decisión.” También es llamada “denegando su Apelación.”)

Para continuar y someter otra Apelación en el Nivel 3, el valor monetario de la cubierta de medicamentos que usted está solicitando debe cumplir con la cantidad mínima. Si el valor monetario de la cubierta que usted solicita es muy bajo, usted no puede someter otra apelación y la decisión del Nivel 2 sería final. La notificación que usted recibe de la Organización de Evaluación Independiente le dirá si el valor monetario de la cubierta que usted está solicitando es lo suficientemente alta como para continuar con el proceso de Evaluación.

Paso 3: Si el valor monetario de la cubierta que usted está solicitando cumple con los requisitos, usted escoge si quiere llevar su Apelación más lejos.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de Apelación luego del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de Apelación).
- Si su Apelación del Nivel 2 es rechazado y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de Apelaciones, usted debe de decidir si usted quiere apelar por tercera vez. Si usted decide someter una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacer esto están en la notificación escrita que recibió luego de su segunda apelación.
- El Nivel 3 de Apelación es manejado por un juez de leyes administrativas. En la SECCIÓN 9 de este Capítulo le dice más sobre el Nivel 3, 4 y 5 del proceso de Apelación.

SECCIÓN 7 ¿Cómo preguntar a nosotros para cubrir una estadía de mayor duración en el hospital si usted entiende que el médico le está dando de alta muy pronto?

Cuando usted es admitido a un hospital, usted tiene el derecho de obtener todos los servicios cubiertos de hospital que son necesarios para diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para más información sobre la cubierta del plan para su cuidado en el hospital, ver el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (que está cubierto y cuanto debes pagar)*.

Durante su estadía en el hospital, su médico y el personal del hospital estarán trabajando con usted para prepararte para el día que saldrá del hospital. Ellos además te ayudaran a hacer los arreglos para el cuidado que puedas necesitar luego que salgas del hospital.

- El día que usted sale del hospital se le llama “fecha de alta.” Nuestra cubierta del plan para la estadía en el hospital terminará en esa fecha.
- Cuando su fecha de alta ha sido establecida, su médico o el personal del hospital te lo informará.
- Si usted piensa que su salida del hospital es muy pronto, usted puede preguntar por una estadía de más duración en el hospital y su solicitud será considerada. Esta Sección te explica cómo preguntar.

Sección 7.1 Durante su estadía en el hospital, usted recibirá de parte de Medicare una notificación escrita que le habla sobre sus derechos

Durante su estadía en el hospital, a usted se le facilitará una notificación escrita llamada *Mensaje importante de Medicare sobre tus derechos*. Todo beneficiario de Medicare obtiene una copia de esta notificación cuando es admitido a un hospital. Una persona en el hospital está supuesta a facilitársela dentro de dos días después que ha sido admitido.

- 1. Lea esta notificación cuidadosamente y haga preguntas si no lo entiende.** Le informa a usted cuáles son sus derechos como paciente de un hospital, incluyendo:
 - Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, como fue ordenada por su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quien pagará por ellos, y cuando los puede obtener.
 - Su derecho a involucrarte en cualquier decisión relacionada sobre su estadía en el hospital, y saber quién pagará por ello. Donde reportar cualquier preocupación que usted tenga sobre la calidad del cuidado en el hospital.
 - Qué hacer si tu piensas que vas a ser dado de alta muy pronto.

Términos Legales	La notificación escrita de Medicare te indica cómo puedes “ hacer una apelación. ” Hacer una apelación es una vía legal formal para preguntar en extender la fecha de alta para que su cuidado
-------------------------	---

en el hospital sea cubierto por un periodo de mayor duración. (Abajo en la Sección 7.2 le explica cómo hacer esta apelación)

2. Usted debe firmar la notificación escrita para demostrar que usted recibió y entiende sus derechos.

- Usted o alguien que actúe de su parte debe firmar la notificación. (Sección 4 de este capítulo le dice como puede dar autorización por escrito a alguien más que actúe como su representante.)
- Firme la notificación *solo* si ha recibido la información sobre sus derechos. La notificación no le da una fecha de alta (su médico o empleado del hospital le dará la fecha de su alta). Firmando la notificación **no significa** que usted está de acuerdo con su fecha en la que fue dado de alta.

3. Conserve su copia de la notificación firmada para que usted tenga la información sobre cómo hacer una apelación (o reporte una preocupación sobre calidad de cuidado) a la mano si lo necesita.

- Si usted firma la notificación más de 2 días antes del día en el que saldrá del hospital, usted recibirá otra copia antes de su alta programada.
- Para ver una copia de esta notificación por adelantado, usted puede llamar a Servicio al Cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227 o TTY: 1-877-486-2048). Usted también puede verla en línea en <http://www.cms.hhs.gov>

Sección 7.2 Paso-a-paso: Como someter una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha en la que será dado de alta del hospital

Si usted quiere pedir que los servicios de hospital sean cubiertos por nuestro plan por más tiempo, usted necesitara utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta petición. Antes de que comience, entienda que usted necesita hacer y cuáles son las fechas límites.

- **Siga el proceso.** Cada paso en las primeros dos niveles del proceso de apelaciones esta explicado abajo.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de que usted entiende y sigue las fechas límite que aplican a cosas que debe hacer usted.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si usted tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, favor de llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la cubierta de este manual). O llame a su Programa de Asistencia de Seguros de Salud del Estado, que es una organización gubernamental que provee asistencia personalizada (vea la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Verifica para ver si la fecha de su alta planificada es médicamente apropiada para usted.

Términos Cuando usted comienza el proceso de

Legales	apelaciones sometiendo la apelación, a esto se le llama “primer nivel de apelaciones” o “Nivel 1 de Apelaciones.”
----------------	---

Paso 1: Contacte la organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta de hospital. Usted debe actuar con rapidez.

Términos Legales	Una “revisión rápida” es también llamada una “revisión inmediata” o una “revisión expedita.”
-------------------------	--

¿Qué es una organización para el Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de salud los cuales son pagados por el gobierno Federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Esta organización es pagada por Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado de las personas con Medicare. Esto incluye el revisar las fechas de las altas de los hospitales para personas con Medicare.

¿Cómo puede usted contactar esta organización?

- La notificación por escrito que usted recibió (*Un Mensaje Importante de Medicare*) le dice como contactar esta organización. (O encontrando el nombre, dirección, y número de teléfono de la organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual.)

Actúe con rapidez:

- Para someter su apelación, usted debe contactar la organización para el Mejoramiento de Calidad *antes* de que usted salga del hospital **no más tarde de la fecha del alta planificada**. (Su “fecha planificada de alta” es la fecha en la que se ha programado para salir del hospital.)
 - Si usted cumple con estas fechas límite, usted está permitido a quedarse en el hospital *luego* de su fecha de alta *Sin paga por eso* mientras usted espera recibir la contestación de su apelación de la Organización para el Mejoramiento de Calidad.
 - Si usted *no* cumple con estas fechas límite, y usted decide quedarse en el hospital luego de la fecha planificada de su alta, *usted tendrá que pagar el costo total del* cuidado en hospital que usted reciba luego de la fecha planificada de su alta.
- Si usted deja pasar las fechas límite para contactar la Organización de Mejoramiento de Calidad con relación a su apelación, usted entonces puede solicitar una apelación directamente a su plan. Para más detalles sobre cómo someter su apelación, vea la Sección 7.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Usted debe de solicitar a la organización de Mejoramiento de Calidad por una “revisión rápida” por su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted esta

solicitándole a la organización que use las fechas límites “rápida” en vez de usar las fechas límites estándar.

Términos Legales	Una “ revisión rápida ” es también llamada “ revisión inmediata ” o una “ revisión expedita .”
-------------------------	---

Paso 2: La organización de Mejoramiento de Calidad conduce una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la organización de Mejoramiento de Calidad (le llamaremos “los evaluadores”) le solicitaremos a usted (o su representante) por que usted entiende que los servicios debieran de ser cubiertos. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero lo puede hacer si lo desea.
- El evaluador también mirara la información médica, hablara con su médico, y evaluara la información que el hospital y su plan le han dado.
- Durante este proceso de evaluación, a usted también se le notificara por escrito la fecha de su alta planificada y le explicara las razones de por qué su médico, el hospital, y su plan piensan que esta correcto (médicamente apropiado) el darle de alta en esa fecha.

Términos Legales	Esta explicación por escrito es llamada la “ notificación Detallada del Alta .” Usted puede recibir una muestra de esta notificación llamando a Servicio al Cliente o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) O usted puede obtener la muestra de la notificación en línea en http://www.cms.hhs.gov/BNI/
-------------------------	--

Paso 3: Un día después luego de tener toda la información necesaria, la organización de Mejoramiento de Calidad le dará una contestación a su apelación.

¿Que su la contestación es si?

- Si la organización evaluadora contesta si a su apelación, **nuestro plan debe continuar proveyéndole con los servicios de hospital cubiertos por el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (tales como los deducibles o copagos, si esto aplica). En adición, tal vez tenga limitaciones en sus servicios de hospital cubiertos. (Vea el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué pasa si la contestación es no?

- Si la organización evaluadora contesta *no* a su apelación, ellos están diciendo que su alta planificada es médicamente apropiada. (Diciendo *no* a su apelación es también llamado *rechazando* su apelación.) Si esto ocurre, **nuestra cubierta del plan por los**

servicios de hospital terminarán al medio día del día *después* en que la organización para el Mejoramiento de Calidad le de su contestación a su apelación.

- Si usted decide quedarse en el hospital, entonces **usted podría tener que pagar el costo total** del cuidado en el hospital que recibió después del medio día del día después en que la organización para el Mejoramiento de Calidad le da la contestación a su apelación.

Paso 4: Si la contestación a su apelación del Nivel 1 es no, usted decide hacer otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación, y usted se queda en el hospital luego de la fecha de su alta planificada, entonces usted podría hacer otra apelación. Someter otra apelación significa que usted está entrando al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

<p>Sección 7.3 Paso-a-paso: Como someter una apelación del Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital</p>

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación, y usted se queda en el hospital luego de la fecha del alta planificada, entonces usted puede someter una apelación del Nivel 2. Durante la apelación del Nivel 2, usted le solicita a la organización para el Mejoramiento de Calidad que observe nuevamente la decisión que tomaron con relación a su apelación inicial.

Aquí están los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Contacte la organización para el Mejoramiento de Calidad otra vez y solicite otra evaluación.

- Usted debe solicitar esta evaluación **dentro de 60 días** luego del día en la Organización para el Mejoramiento de Calidad contesto *no* a su Apelación de Nivel 1. Usted solo puede solicitar esta evaluación si usted se quedo en el hospital luego de la fecha en la cual su cubierta finalice.

Paso 2: La calidad de organización de Mejoramiento de Calidad conduce una segunda evaluación de su situación.

- Los evaluadores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad le darán otro cuidadoso vistazo a toda la información relacionada a su apelación.

Paso 3: Dentro de 14 días, los evaluadores de la organización de Mejoramiento de Calidad decidirán sobre su apelación y le dejara saber sobre su decisión.

Si la organización evaluadora contesta que si:

- **Nuestro plan le debe rembolsar** por nuestra parte de los costos por cuidado en el hospital que recibió desde el medio día del día después de la fecha en la que fue denegada su primera apelación por la Organización para el Mejoramiento de Calidad.

Nuestro plan debe continuar proveyéndole cubierta por el cuidado de hospital por el tiempo que sea médicamente necesario.

- Usted debe continuar pagando su parte de los costos compartidos y limitaciones de cubierta pueden aplicar.

Si la organización evaluadora contesta no:

- Significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron en el Nivel 1 de Apelaciones y no lo cambiarán. A esto se le llama “retener la decisión.” también se le llama “rechazando su apelación.”
- La notificación por escrito que recibirá lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de evaluación. Le dará detalles sobre como pasar al próximo nivel de apelaciones, lo cual es manejado por un juez.

Paso 4: Si la contestación es no, usted necesitara decidir si quiere tomar su apelación al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales del proceso de apelación, luego del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si el evaluador de la organización rechaza su apelación del Nivel 2, usted puede elegir si acepta la decisión o si pasa al Nivel 3 y hace otra apelación. En el Nivel 3 podrá hacer otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es evaluada por un juez.
- En la Sección 9 de este capítulo le dirá más sobre el Nivel 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Que si usted deja perder la fecha límite para someter su apelación del Nivel 1?

Usted puede apelarle a nuestro plan en vez

Como se explicó en la Sección 7.2, usted debe actuar con rapidez para contactar la Organización para el Mejoramiento de Calidad y comenzar con su primera apelación del alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de que salga del hospital y no más tarde de su fecha del alta planificada). Si usted deja pasar la fecha límite para contactar esta organización, hay otra manera de someter su apelación.

Si usted usa otra manera para someter su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso-a-paso: Como someter una apelación *Alternativa* del Nivel 1

Si usted pierde la fecha límite para contactar la Organización para el Mejoramiento de Calidad, usted puede someter una apelación a nuestro plan, solicitando una “evaluación rápida”. Una evaluación rápida es una apelación que utiliza las fechas límites en vez de las fechas límites estándar.

Términos Legales	Una evaluación “rápida” (o “apelación rápida”) es también llamada una
-------------------------	---

“evaluación expedita” (o “apelación expedita”).

Paso 1: Contacte nuestro plan y solicite una “evaluación rápida.”

- Para detalles sobre como contactar nuestro plan, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la Sección llamada, *Como contactar nuestro plan cuando este usted solicitando una apelación sobre su cuidado médico.*
- **Asegúrese de solicitar una “evaluación rápida.”** Esto significa que usted esta solicitándonos una contestación usando las fechas límites “rápidas” en vez de las fechas límites “estándar”.

Paso 2: Nuestro plan hará una evaluación “rápida” de su fecha de alta planificada, verificando si fue médicamente apropiada.

- Durante esta evaluación, nuestro plan revisa toda la información sobre su estadía en el hospital. Nosotros verificamos que su fecha de alta planificada. Nosotros verificaremos para ver si la decisión sobre si usted debe salir del hospital fue justa y si se siguieron las reglas.
- En esta situación, nosotros usaremos las fechas límites “rápidas” en vez de las fechas límites para estándar para darle una contestación a esta evaluación.

Paso 3: Nuestro plan le da una decisión dentro de 72 horas luego de habernos solicitado una “evaluación rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nuestro plan le contesta si a su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted que usted todavía necesita permanecer en el hospital luego de su fecha de alta, y continuara su cubierta de servicios provisto por el tiempo que sea médicamente necesario. también significa que hemos acordado rembolsarle por su parte de costos por cuidados que ha recibido desde el día en que le dijimos que su cubierta terminaría. (Usted debe pagar la parte de los costos compartidos y limites de cubierta pueden aplicar.)
- **Si nuestro plan le contesta no a su apelación rápida,** nosotros le estamos dejando saber que su alta del hospital fue médicamente apropiada. Nuestra cubierta por los servicios de su hospitalización terminará el día en que nosotros dijimos que terminaría.
- Si usted permaneció en el hospital *luego* de la fecha planificada de su alta, entonces **usted tendría que pagar el costo total** del cuidado del hospital que recibió luego de la fecha del alta planificada.

Paso 4: Si nuestro plan contesta *no* a su apelación rápida, su caso entonces *automáticamente* será pasado al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para estar seguros de que estamos siendo justos cuando le contestamos no a su apelación rápida, **a nuestro plan se le requiere enviar su apelación a la “Organización Independiente de evaluación.”** Cuando nosotros hacemos esto, significa que usted esta *automáticamente* pasando al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso- a- Paso: ¿Cómo hacer una apelación *Alternativa* del Nivel 2?

Si nuestro plan contesta que no a su apelación del Nivel 1, su caso pasara *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación del Nivel 2, la **Organización Independiente de evaluación** evaluará la decisión que nuestro plan tomo cuando le contestamos negativamente a su “apelación rápida.” Esta organización decide si la decisión que nosotros tomamos podría ser cambiada.

Términos Legales	El nombre formal para “organización Independiente de evaluación” es la “ Entidad Independiente de evaluación. ” Es a veces llamado el “ IRE. ”
-------------------------	--

Paso 1: Nosotros automáticamente pasaremos adelante su caso a la organización de evaluación Independiente.

- Nosotros estamos requeridos a enviar la información para su apelación del Nivel 2 a la organización de evaluación Independiente dentro de 24 horas cuando le contestamos no a su primera apelación. (Si usted piensa que nosotros no estamos cumpliendo con estas fechas límites u otras fechas límites, usted puede someter una queja. El proceso de quejas es diferente al del proceso de apelaciones. Sección 10 de este capítulo le dice como someter una queja.)

Paso 2: La organización de evaluación Independiente hace una “evaluación rápida” de su apelación. Los evaluadores le darán a usted una contestación dentro de 72 horas.

- **La organización de evaluación Independiente es una organización independiente externa la cual es contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía escogida por Medicare para manejar el trabajo de ser quien vigile el trabajo de la organización de Evaluación Independiente.
- Los evaluadores de la Organización de evaluación Independiente tomaran una Mirada cuidadosa a toda la información relacionado con su apelación por su alta del hospital.
- **Si esta organización contesta *si* a su apelación,** entonces nuestro plan deberá reembolsarle a usted (pagarle de vuelta) por su parte de los costos de cuidados de hospital que recibió desde la fecha de su alta planificada. Nosotros también continuaremos brindando cubierta por los servicios de hospital por el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cubierta, estas podrían limitar cuanto le reembolsaremos o por cuanto tiempo cubriremos sus servicios.
- **Si esta organización contesta *no* a su apelación,** esto significa que ellos están de acuerdo con nuestro plan de que el alta planificada del hospital era médicamente apropiado. (Esto es llamado “absteniéndose de la decisión.” también es llamado “rechazando su apelación.”)
 - La notificación que usted recibe de la organización de evaluación Independiente le dirá por escrito lo que usted puede hacer si desea continuar

con el proceso de evaluación. Le dará a usted los detalles sobre como pasar al Nivel 3 de Apelaciones, el cual es manejado por un juez.

Paso 3: Si la organización de evaluación Independiente rechaza su apelación, usted puede escoger si quiere llevar más haya su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los evaluadores dicen no a su Nivel 2 de Apelaciones, usted decide si acepta su decisión o si va al Nivel 3 y solicita una tercera apelación.
- Sección 9 en este capítulo le dirá más sobre los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Como solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cubierta está terminando muy rápido

Sección 8.1 Esta Sección es sobre <u>solo</u> tres servicios: <i>Cuidado de Salud en el Hogar, facilidad de enfermería diestra, y servicios en Facilidad de Rehabilitación Ambulatoria (CORF).</i>

Esta Sección es sobre *solo* los siguientes tipos de cuidado:

- **Servicios de cuidado de salud en el hogar** que usted está recibiendo.
- **Cuidado de enfermería diestra** que usted está recibiendo como paciente en una facilidad de enfermería diestra. (Para saber sobre requerimientos para ser considerado una “facilidad de enfermería diestra,” vea el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes.*)
- **Cuidado de Rehabilitación** que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en una Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria aprobada por Medicare (CORF). Usualmente, esto significa que usted está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o usted se está recuperando de una cirugía mayor. (Para más información sobre este tipo de facilidad, vea el Capítulo 12, *Definición de palabras importantes.*)

Cuando usted está recibiendo tres tipos de cuidado, usted tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de cuidado por el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o herida. Para más información de los servicios cubiertos, incluyendo en costo compartido y cualquier limitación de cubierta que apliquen, vea el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).*

Cuando nuestro plan decida que es tiempo para parar de cubrir cualquiera de los tres tipos de cuidados para usted, nosotros estamos requeridos a decirle a usted por adelantado. Cuando su

cubierta para ese cuidado termina, *nuestro plan parara de pagar por su parte de los costos compartidos por su cuidado.*

Si usted piensa que nosotros estamos terminando de cubrir sus cuidados muy rápido, **usted puede apelar nuestra decisión.** Esta Sección le dice como solicitarlo.

Sección 8.2 *Nosotros le dejaremos saber por adelantado cuando su cubierta terminará.*

1. Usted recibe una notificación por escrito. Por lo menos dos días antes de que nuestro plan vaya a parar de cubrir por su cuidado, la agencia o facilidad que le esta proveyendo cuidados le notificara.

- La notificación por escrito le dirá la fecha en la que nuestro plan dejara de cubrir por sus cuidados.

Términos Legales	En esta notificación escrita, nosotros le dejaremos saber sobre “decisión de cubierta” nosotros hemos decidido sobre cuando parar de cubrir su cuidado. (Para más información sobre decisión de cubierta, vea la Sección 4 en este capítulo.)
-------------------------	--

- La notificación por escrito le dirá lo que puede hacer si quiere solicitarle a nuestro plan que cambie esta decisión sobre cuando terminar su cuidado, y continuar cubriéndole por un periodo de tiempo más largo.

Términos Legales	Le dirá lo que puede hacer, la notificación por escrito le dirá como usted puede “someter una apelación.” Solicitando una apelación es manera formal, legal para solicitarle cambios que hemos hecho sobre cuando detener sus cuidados. (La Sección 8.3 abajo le dice como usted puede someter una apelación.)
-------------------------	---

Términos Legales	La notificación por escrito es llamada “notificación de NO-Cubierta de Medicare.” Para obtener un ejemplo, llame a Servicio al Cliente o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, 24 horas al día, 7 días de la semana. Usuarios de TTY debe de llamar al 1-877-486-2048.). O vea una copia en línea http://www.cms.hhs.gov/BNI/
-------------------------	--

2. Usted debe de firmar la notificación escrita para mostrar que lo recibió.

- Usted o alguien quien está actuando de su parte debe de firmar la notificación. (La Sección 4 le dice como puede dar permiso por escrito para que alguien más actúe como su representante.)

- Firmando la notificación le muestra *solo* lo que ha recibido la información sobre cuando parara su cubierta. **Firmarla no significa que usted está de acuerdo** con el plan de que es hora de parar de recibir cuidados.

<p>Sección 8.3 Paso-a-paso: Como someter una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cobra sus cuidados por un tiempo más largo</p>

Si usted quiere solicitarnos que cubramos sus cuidados para un periodo de tiempo más largo, usted necesita usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud, usted necesitara usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que empiece, entienda que usted necesita hacer y cuáles son sus fechas límites.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los primeros dos niveles del proceso de apelación son explicados abajo.
- **Cumpla con sus fechas límites.** Las fechas límites son importantes. Asegúrese que usted entiende y sigue las fechas límites que aplican dos cosas que debe hacer. también hay fechas límites que nuestro plan debe de seguir. (Si usted piensa que nosotros no estamos cumpliendo con nuestras fechas límites, usted puede someter una queja. La Sección 10 de este capítulo le dice como someter una queja.)
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si usted tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, favor de llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están en el frente de este manual). O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud, una organización gubernamental que le provee asistencia personalizada (vea la Sección 2 de este capítulo).

Durante la apelación de Nivel 1, la organización de Mejoramiento de Calidad revisara su apelación y decidirá cuando cambiar la decisión hecha por nuestro plan.

<p>Términos Legales</p>	<p>Cuando usted comienza el proceso de apelaciones, es llamado el “primer nivel de aprobación” o “apelación de Nivel 1”</p>
--------------------------------	---

Paso 1: Someta su apelación del Nivel 1: contacte la organización de Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una evaluación. Usted debe actuar con rapidez.

¿Qué es la organización de Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud los cuales están siendo pagados por el gobierno Federa. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad de los cuidados recibidos por las personas con Medicare y evalúan las decisiones sobre cuándo será el momento para detener las cubiertas de ciertos tipos de cuidados médicos.

¿Cómo puede usted contactar esta organización?

- La notificación escrita que usted recibió le dice como comunicarse con esta organización. (O encontrar el nombre, dirección, y número de teléfono de la

organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual.)

¿Qué de preguntar?

- Solicítele a esta organización que haga una evaluación independiente de que si es médicamente apropiado para nuestro plan finalizar la cubierta de sus servicios médicos.

Su fecha límite para contactar esta organización.

- Usted debe contactar la Organización para el Mejoramiento de Calidad para comenzar su apelación *no mas tarde del medio día del día después en que fue recibido la notificación escrita diciéndole a usted cuando pararíamos de cubrir sus cuidados.*
- Si usted deja pasar las fechas límites para contactar la Organización para el Mejoramiento de Calidad sobre su apelación, entonces usted puede someter su apelación directamente a nuestro plan. Para detalles sobre esta otra manera de someter su apelación, vea la Sección 8.4.

Paso 2: La organización para el Mejoramiento de Calidad conduce una evaluación independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta evaluación?

- Los profesionales de la salud en la Organización de Mejoramiento de Calidad (nosotros le llamaremos “los evaluadores” cortamente) le preguntaran a usted (o a su representante) por que usted entiende que los servicios deben de continuar siendo cubiertos. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero lo puede hacer si lo desea.
- La organización evaluadora también le echarán un ojo a su información médica, hablaran con sus médicos, y evaluaran información que nuestro plan le ha dado a ellos.
- Durante este proceso de evaluación, usted también recibirá notificación por escrito del plan que le da nuestras razones para querer terminar con la cubierta de los servicios.

Términos Legales	Esta notificación de explicación es llamada “ explicación Detallada de No-Cubierta. ”
-------------------------	--

Paso 3: Dentro del día completo luego de que tengan toda la información que necesitan, los evaluadores le darán su decisión.

¿Qué pasa si los evaluadores le dicen que si a su apelación?

- Si los evaluadores contestan que *si* a su apelación, entonces **nuestro plan debe continuar proveyéndole su cubierta de servicios por tanto sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que pagar su parte de los costos compartidos (tales como deducibles y copagos, si aplican). En adición, tal vez hayan limitaciones en su cubierta de servicios (vea el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si los evaluadores contestan no a su apelación?

- Si los evaluadores contestan que *no* a su apelación, entonces **su cubierta terminará en la fecha en la que se le dijo.** Nuestro plan dejara de pagar su parte de los costos compartidos por estos cuidados.
- Si usted decide continuar recibiendo los cuados de salud en el hogar, o cuidados en una facilidad de enfermería diestra, o Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF) estos servicios terminarán cubierta *luego* de esta fecha, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de estos usted mismo.

Paso 4: Si la contestación a su apelación del Nivel 1 de Apelaciones es no, usted decide si quiere someter otra apelación.

- Esta primera apelación que somete es del “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los evaluadores contestan que *no* a su apelación del Nivel 1 - y usted elige continuar con su cubierta por los cuidados luego de que su cubierta ha terminado – entonces usted puede someter otra apelación.
- Solicitando otra apelación significa que usted va a pasar al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

<p><i>Sección 8.4 Paso-a-paso: Como someter una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra más tiempo sus cuidados</i></p>

Si la organización de Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación y usted elige continuar recibiendo los cuidados luego de que su cubierta termine, entonces usted puede someter una apelación en el Nivel 2. Durante la apelación del Nivel 2, usted le solicita a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que revise una vez más la decisión que han tomado con relación a su primera apelación.

Aquí están los pasos para el proceso de apelaciones del Nivel 2:

Paso 1: Usted contacta nuevamente la organización para el Mejoramiento de Calidad y solicite otra revisión.

- Usted debe solicitar esta evaluación **dentro de 60 días** luego del día en que la organización para el Mejoramiento de Calidad conteste que *no* a su apelación del Nivel 1. Usted puede solicitar esta evaluación solo si usted continua recibiendo cuidados luego de la fecha en que su cubierta debió haber terminado.

Paso 2: La organización para el Mejoramiento de Calidad hace una segunda evaluación de su situación.

- Los evaluadores de la organización para el Mejoramiento de Calidad darán otro cuidadoso vistazo a toda la información relacionada a su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días, los evaluadores de la organización para el Mejoramiento de Calidad decidirán sobre su apelación y le darán a usted su decisión.

¿Qué sucede si la organización evaluadora contesta que sí a su apelación?

- **Nuestro plan debe rembolsarle** por nuestra parte de los costos compartidos que ha recibido desde la fecha en que le notificamos que su cubierta terminaría. **Nuestro plan debe continuar proveyéndole cubierta** por el cuidado por tanto sea mediadamente necesario.
- Usted debe de continuar pagando su parte de los costos compartidos y puede que hayan limitaciones de cubierta que apliquen.

¿Qué pasa si la organización evaluadora contesta que no?

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que han tomado con relación a su apelación del Nivel 1 y no la cambiarán. (Esto es llamado “absteniéndose de la decisión” también es llamado “rechazando su apelación.”)
- La notificación que reciba por escrito le dirá lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de evaluación. Le dará los detalles sobre como pasar al próximo nivel de apelaciones, el cual es manejado por un juez.

Paso 4: Si la contestación es no, usted necesita decidir si quiere tomar su apelación más lejos.

- Hay tres niveles de apelaciones adicionales luego del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los evaluadores rechazan su apelación del Nivel 2, usted puede elegir aceptar esa decisión o si pasa al nivel 3 y somete otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez.
- La Sección 9 en este capítulo le dirá más sobre los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

<p><i>Sección 8.5 ¿Que si usted deja pasar las fechas límites para someter una apelación del Nivel 1?</i></p>

Usted puede apelar a nuestro plan

Como explicado arriba en la Sección 9.3, usted debe actuar con rapidez para contactar la organización para el Mejoramiento de Calidad para comenzar su primera apelación (dentro de un día o dos, lo mas). Si usted dejo pasar las fechas límites para contactar la organización, hay otra manera de someter su apelación. Si usted usa esta otra forma de someter su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso-a-Paso: Como hacer una apelación *Alternativa* del Nivel 1

Si usted deja pasar las fechas límites para contactar la organización para el Mejoramiento de Calidad, usted puede someter una apelación a nuestro plan, solicitando una “evaluación rápida” Una evaluación rápida es una apelación que utiliza las fechas límite rápidas en vez de las estándar.

Hay pasos para el Nivel 1 de Apelaciones:

Términos Legales	Una evaluación “rápida” (o “apelación rápida”) es también llamada una evaluación “expedita” (o “ apelación expedita appeal ”).
-------------------------	--

Paso 1: Contacte nuestro plan y solicite una “evaluación rápida.”

- Para detalles en como contactar nuestro plan, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la Sección llamada, *Como contactar nuestro plan cuando usted este solicitando una apelación sobre sus cuidados médicos.*
- **Asegúrese de solicitar una “evaluación rápida.”** Esto significa que usted nos está solicitando que le contestemos usando las fechas límites “rápidas” en vez de las “estándar”.

Paso 2: Nuestro plan hace una evaluación “rápida” de la decisión que hemos tomado cuando detuvimos la cubierta de sus servicios.

- Durante esta evaluación, nuestro plan revisa otra vez toda la información sobre su caso. Nosotros verificaremos para ver si estamos siendo justos y si se siguieron todas las reglas cuando nosotros le notificamos la fecha en la que terminarán los servicios cubiertos que estaba recibiendo.
- Nosotros usaremos las fechas límites “rápidas” en vez de las fechas límites estándar para darle una contestación de esta evaluación. (Usualmente, si usted somete una apelación a nuestro plan y solicite una “evaluación rápida,” a nosotros se nos permite decidir si estamos de acuerdo con su solicitud y le damos una “evaluación rápida.” Pero en esta situación, las reglas nos requieren darle una respuesta rápida si la solicita.)

Paso 3: Nuestro plan le da nuestra decisión dentro de 72 horas luego de haber solicitado una “evaluación rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nuestro plan contesta que si a una apelación rápida**, esto significa que nosotros estamos de acuerdo con usted de que necesita los servicios por más tiempo, y continuaremos proveyéndole los servicios cubiertos por tanto sea médicamente necesario. también significa que hemos acordado a reembolsarle por su parte de los costos compartido por los cuidados que ha recibido desde la fecha en que le dijimos que su cubierta terminaría. (Usted debe de pagar su parte de los costos compartidos y tal vez hayan limitaciones de cubiertas que apliquen.)
- **Si nuestro plan le contesta que no a su apelación rápida**, entonces su cubierta terminará en la fecha en que le dijimos y nuestro plan no pagará luego de esta fecha. Nuestro plan dejara de pagar su parte de los costos compartidos por estos cuidados.
- Si usted decide continuar recibiendo los cuados de salud en el hogar, o cuidados en una facilidad de enfermería diestra, o Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF) estos servicios terminarán cubierta *luego* de esta fecha, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de estos usted mismo.

Paso 4: Si nuestro plan contesta que *no* a su apelación rápida, su caso automáticamente pasa al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para estar seguro de que fuimos justos cuando decidimos contestar no a su primera apelación, **nuestro plan esta requerido a enviar su apelación a la “Organización de evaluación Independiente.”** Cuando nosotros hacemos eso, esto significa que usted esta *automáticamente* pasando al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso- a- Paso: Como solicitar una apelación Alterna del Nivel 2

Si nuestro plan contesta que no a su apelación del Nivel 1, su caso será *automáticamente* enviado al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación del Nivel 2, la **organización de evaluación Independiente** evalúa la decisión que tomo nuestro plan cuando contesto que no a su “apelación rápida.” Esta organización decide si la decisión que tomamos debe de ser cambiada.

Términos Legales	El nombre formal para la “organización de evaluación Independiente” es la “ Entidad de evaluación Independiente. ” Es a veces llamada “ IRE. ”
-------------------------	--

Paso 1: Nosotros automáticamente pasamos su caso a la organización de evaluación Independiente.

- A nosotros se nos requiere que enviemos la información para su apelación del Nivel 2 a la Organización de evaluación Independiente dentro de 24 horas a partir de que le notifiquemos que no a su primera apelación. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo con estas fechas límites u otras fechas límites, usted puede someter otra queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 1 de este capítulo le dirá como someter una queja.)

Paso 2: La organización de evaluación Independiente hace una “evaluación rápida” de su apelación. Los evaluadores le darán una contestación dentro de 72 horas.

- **La organización de evaluación Independiente es una organización independiente externa la cual es contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía escogida por Medicare para manejar el trabajo de ser quien vigile el trabajo de la organización de Evaluación Independiente.
- Los evaluadores de la Organización de evaluación Independiente tomaran una Mirada cuidadosa a toda la información relacionado con su apelación.
- **Si esta organización contesta *si* a su apelación,** entonces nuestra plan deberá reembolsarle a usted (pagarle de vuelta) por su parte de los costos de cuidados de hospital que recibió desde la fecha de su alta planificada. Nosotros también continuaremos brindando cubierta por los servicios de hospital por el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cubierta, estas podrían limitar cuanto le reembolsaremos o por cuanto tiempo cubriremos sus servicios.
- **Si esta organización contesta *no* a su apelación,** esto significa que ellos están de acuerdo con nuestro plan de que el alta planificada del hospital era médicamente apropiado. (Esto es llamado “absteniéndose de la decisión.” también es llamado “rechazando su apelación.”)
 - La notificación que usted recibe de la organización de evaluación Independiente le dirá por escrito lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de evaluación. Le dará a usted los detalles sobre como pasar al Nivel 3 de Apelaciones.

Paso 3: Si la organización de evaluación Independiente rechaza su apelación, usted puede escoger si quiere llevar más haya su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2. Si los evaluadores dicen no a su Nivel 2 de Apelaciones, usted puede decidir decide si acepta esa decisión o si va someter otra apelación en el nivel 3. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez.
- Sección 9 en este capítulo le dirá más sobre los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Tomando su Apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4, y 5 para Apelaciones
--

Esta SECCIÓN puede se apropiada para usted si usted ha sometido Apelación en el Nivel 1 y Nivel 2, y ambas Apelaciones han sido denegadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el cual apelo cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a un nivel adicional de apelaciones. Si el valor en dólares es menos del nivel mínimo, usted no puede apelar más allá. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que recibe a su Apelación del Nivel 2 le explica a quien contactar y que preguntar en el Nivel 3 de Apelaciones.

Para la mayoría de las situaciones que envuelven apelaciones, los últimos tres niveles de apelación trabajan más o menos de la misma manera. Estos son los que manejan la evaluación de su apelación en cada una de estos niveles.

Nivel 3 de Apelación	Un juez que trabaja para el gobierno federal será quien evalúe su Apelación y le dará respuesta. Este juez es llamado un “Juez de Leyes Administrativas.”
Nivel 4 de Apelación	El Concilio de Apelaciones de Medicare evaluará su Apelación y le dará una respuesta. El Concilio de Apelaciones de Medicare trabaja para el gobierno Federal.
Nivel 5 de Apelaciones	Un juez en el Corte Federal de Distrito evaluará su Apelación. Este es el último paso del proceso de Apelaciones.

- Este es el último paso del proceso administrativo de Apelaciones.

Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4, y 5 para Apelaciones para la Parte D de medicamentos

Esta SECCIÓN puede ser apropiada para usted si usted ha sometido Apelación en el Nivel 1 y Nivel 2, y ambas Apelaciones han sido denegadas.

Si el valor monetario del medicamento por el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, puede que sea posible que usted pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor monetario es menor que el nivel mínimo, usted no podrá apelar más allá. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, la contestación escrita que usted reciba por su Apelación de Nivel 2 le explicará a quien contactar y qué hacer para solicitar una Apelación del Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que envuelven una Apelación, los últimos tres niveles de Apelación funcionan de cierta manera de la misma forma. Estos son los que manejan la Evaluación de su Apelación en cada uno de estos niveles.

Nivel 3 de Apelación	Un juez que trabaja para el gobierno federal será quien evalúe su Apelación y le dará respuesta. Este juez es llamado un “Juez de Leyes Administrativas.”
-----------------------------	--

- **Si la contestación es que sí, el proceso de Apelación termina.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado.
- **Si la contestación es que no, el proceso de Apelación puede o no haber terminado.**
 - Si usted acepta esta decisión de denegación de su Apelación, el proceso de Apelación ha terminado.

- Si usted no quiere aceptar la decisión, usted puede continuar con el siguiente nivel del proceso de Evaluación. Si el juez administrativo dice que no a la apelación, la notificación que usted recibirá le dirá que hacer después si usted decide continuar con su Apelación. Cada vez que el evaluador dice no a su Apelación, la notificación que recibirá usted le dirá si las reglas le permiten pasar a otro nivel de Apelación. Si las reglas le permiten continuar, la notificación escrita también le dirá a quien contactar y qué hacer si decide continuar con su Apelación.

Nivel 4 de Apelación	El Concilio de Apelaciones de Medicare evaluará su Apelación y le dará una respuesta. El Concilio de Apelaciones de Medicare trabaja para el gobierno Federal.
-----------------------------	---

- **Si la respuesta es sí, el proceso de Apelaciones termina.** Lo que usted solicitó en la Apelación fue aprobado.
- **Si la respuesta fue no, el proceso *puede que no se haya terminado.***
 - Si usted decide aceptar esta decisión donde se le deniega su Apelación, el proceso de Apelación ha terminado.
 - Si usted no quiere aceptar la decisión, usted pudiera continuar en el próximo nivel del proceso de Evaluación. Dependerá de su situación. Si el Concilio de Apelaciones de Medicare deniega su apelación o se niega a su solicitud de revisión de su Apelación, la notificación que usted recibirá le dirá si las reglas le permiten pasar al Nivel 5 de Apelaciones. Si las reglas se lo permiten, la notificación escrita también le dirán a quien contactar y qué hacer después si usted escoge continuar con su Apelación.

Nivel 5 de Apelaciones	Un juez en el Corte Federal de Distrito evaluará su Apelación. Este es el último paso del proceso de Apelaciones.
-------------------------------	--

- Este es el último paso del proceso administrativo de Apelaciones.

SOMETIENDO QUEJAS

SECCIÓN 10 **Como someter una queja sobre la calidad del cuidado, tiempos de espera, servicio al cliente, u otra preocupación**



Si su problema es sobre decisiones relacionadas con sus beneficios, cubierta, o pagos, entonces esta SECCIÓN *no es para usted*. En vez, usted necesita seguir el proceso de decisión de cubierta. Vaya a la SECCIÓN 4 de este Capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipo de problemas son manejados por el proceso de quejas?

Esta SECCIÓN explica cómo usar el proceso para someter una queja. Esta Sección explica cómo utilizar el proceso para someter quejas. El proceso de quejas es usado solo para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado, tiempos de espera, y el servicio al cliente que recibe. Aquí hay ejemplos de los tipos de problemas que son manejados por el proceso de quejas.

Si usted tiene alguno de estos problemas,
puede “someter una queja”

Calidad de su cuidado médico

- ¿Esta disgustado con la calidad del cuidado médico que ha recibido (incluyendo cuidado médico en un hospital)?

Respeto a su privacidad

- ¿Usted entiende que alguien no respeto su derecho a privacidad o compartió información sobre usted que entiende debe ser confidencial?

Falta de respeto, servicio al cliente de pobre calidad o algún otro comportamiento negativo

- ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted?
- ¿Esta disgustado con la forma en que nuestro Departamento de Servicios al Cliente lo ha tratado?
- ¿Siente que lo están exhortando a desafilarse del plan?

Tiempos de espera


- ¿Ha tenido problemas para sacar una cita o ha esperado mucho tiempo para conseguirla?
- ¿Algún médico, farmacéutico o profesional de la salud ha hecho que espere demasiado tiempo? ¿O ha tenido que esperar demasiado por servicios al cliente o algún otro empleado de nuestro plan?
- Ejemplos incluyen esperar mucho en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de pruebas o cuando busca un receta médica.

Limpieza

- ¿Esta disgustado con la limpieza o condición de una clínica, hospital u oficina médica?

Información que recibe de nuestro plan

- ¿Usted entiende que no le hemos enviado alguna notificación que estamos requeridos a enviarle?
- ¿Usted entiende que la información escrita que le hemos dado es difícil de entender?



La próxima página contiene más ejemplos de posibles razones para someter una queja

Posibles quejas

(continuación)

Los siguientes tipos de quejas están relacionados a la *duración de tiempo* que tomamos en acciones referentes a decisiones de cubierta o apelaciones

El proceso de cómo solicitar una decisión de cubierta o someter una apelación se explica en las Secciones 4-9 de este capítulo. Si usted está solicitando una decisión o sometiendo una apelación, utilice ese proceso, no el proceso de quejas.

Sin embargo, si usted ya solicitó una decisión de cubierta o sometió una apelación, y entiende que el plan no responde con prontitud, usted puede someter una queja con respecto a nuestra tardanza. Aquí hay ejemplos:

- Si nos ha solicitado una “respuesta rápida” a una decisión de cubierta o apelación y nosotros le hemos dicho que no, usted puede someter una queja.
- Si entiende que nuestro plan no está cumpliendo con fechas límite para darle una decisión de cubierta o contestar una apelación que usted ha sometido, puede someter una queja.
- Hay fechas límites que aplican cuando se hace una revisión a una decisión de cubierta y se le indica a nuestro plan que debemos cubrir o hacerle un reembolso por ciertos servicios médicos o medicamentos. Si usted entiende que no estamos cumpliendo con estas fechas límite, puede someter una queja.
- Cuando nuestro plan no le provee una decisión a tiempo, estamos requeridos a enviarle su caso a una Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos durante el tiempo límite requerido, puede someter una queja.