

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)**

SECCION 1	Introduccion	4
Seccion 1.1	Que hacer si usted tiene algún problema o preocupación.....	4
Sección 1.2	Sobre los términos legales	4
SECCION 2	Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales no afiliadas a nosotros	5
Seccion 2.1	Donde obtener más información y asistencia personalizada	5
SECCION 3	Para manejar su problema, ¿qué proceso deberá usted utilizar?	6
Sección 3.1	¿Debe usar el proceso para decisión de cubierta y apelaciones o debería usted usar el proceso para someter quejas?.....	6
SECCION 4	Una guía básica de las decisiones de cubierta y apelaciones	7
Sección 4.1	Solicitando una decisión de cubierta y radicando apelaciones: a grandes rasgos	7
Seccion 4.2	Cómo recibir ayuda cuando usted está solicitando una decisión de cubierta o radicando una apelación.....	8
Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo le da detalles para <u>su</u> situación?.....	8
SECCION 5	Su cuidado médico: Como solicitar una decisión de cubierta o radicar una apelación	9
Sección 5.1	Esta sección le dice lo que debe de hacer si usted tiene problemas obteniendo cuidado médico o usted quiere que le paguemos de vuelta su parte del costo de un servicio recibido	9
Sección 5.2	Paso-por-paso: Como solicitar una decisión de cubierta (como solicitar que nuestro plan autorice o provea la cubierta de tratamiento médico que usted desea)	11
Seccion 5.3	Paso por paso: Como someter una apelación de Nivel 1 (como solicitar una revisión de una decisión de cubierta médica hecha por nuestro plan)	14

Sección 5.4	Paso-por-Paso: Como someter una apelación de Nivel 2	18
Sección 5.5	¿Que sucede si usted le está solicitando a nuestro plan que pague por nuestra porción de una factura por tratamiento médico que usted ha recibido?.....	19
SECCION 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Como pedir una decisión de cubierta o someter una apelación	21
Sección 6.1	Esta sección incluye qué debe hacer cuando tiene problemas obteniendo un medicamento recetado de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D.....	21
Seccion 6.2	¿Qué es una excepcion?	23
Seccion 6.3	Información importante que debe conocer acerca de la solicitud de excepciones	25
Seccion 6.4	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cubierta, incluyendo una excepción	26
Seccion 6.5	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión de cubierta que tomó nuestro plan)	29
Sección 6.6	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2	31
SECCION 7	Cómo solicitarnos la cubierta de una estadía en el hospital más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo.....	33
Seccion 7.1	Durante la estadía en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos.....	34
Seccion 7.2	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital.....	35
Sección 7.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital.....	38
Sección 7.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1?.....	39

SECCION 8	Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cubierta está finalizando antes de tiempo	42
Seccion 8.1	Esta sección trata <u>únicamente</u> sobre tres servicios: servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación (CORF).....	42
Sección 8.2	Le informaremos con anticipación cuando termine su cubierta	43
Seccion 8.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado	44
Seccion 8.4	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado	46
Seccion 8.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1?.....	47
SECCION 9	Cómo presentar la apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores.....	50
Sección 9.1	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Apelaciones por Servicios Médicos	50
Sección 9.2	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para las Apelaciones de los medicamentos de la Parte D.....	52
SECCION 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, el tiempo de espera, el servicio al cliente y otras preocupaciones	54
Seccion 10.1	¿Qué tipos de problemas se atienden en el proceso de quejas?	54
Seccion 10.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”	56
Sección 10.3	Paso a paso: presentación de una queja	57
Sección 10.4	Usted también puede quejarse sobre la calidad del cuidado con la Organización para el Mejoramiento de Calidad	59

TRASFONDO

SECCION 1 Introducción

Sección 1.1 Que hacer si usted tiene algún problema o preocupación

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

- 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 se utiliza abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, podría ser útil – y a veces muy importante – el que conozca los términos legales correctos de acuerdo a la situación en que usted se encuentra. Conociendo cuáles términos se deben utilizar le ayudará a comunicarse más claro y certeramente cuando esté manejando su problema y también a conseguir la ayuda indicada o información correcta para su situación específica. Para ayudarle en la selección de los términos, incluimos términos legales al proveer los detalles de cómo manejar tipos específicos de situaciones.

SECCION 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales no afiliadas a nosotros

Sección 2.1 Donde obtener más información y asistencia personalizada

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.

Obtenga asistencia de una organización gubernamental independiente

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 Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés)**. 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 documento.

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>.)

SECCION 3 Para manejar su problema, ¿qué proceso deberá usted utilizar?

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisión de cubierta y apelaciones o debería usted usar el proceso para someter quejas?

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.

Para saber en qué parte de este capítulo le hablamos sobre su problema o duda, COMIENCE AQUÍ

¿Su problema o duda es con relación a su cubierta y beneficios?

(Esto incluye problemas acerca de cuidado médico o medicamentos recetados y si los mismos tienen cubierta o no, la forma en que tengan cubierta y problemas relacionados al pago de cuidado médico o de medicamentos recetados.)

Si	No
-----------	-----------

Mi problema es sobre beneficios o cubierta.	Mi problema <u>no</u> es sobre beneficios o cubierta.
---------------------------------------------	-------------------------------------------------------

Vaya a la próxima sección del capítulo, Sección 4, “Una guía sobre los puntos básicos de las decisiones de cubierta y radicando apelaciones” .	Vaya hasta la Sección 10 de este capítulo “Como someter una queja sobre calidad de cuidado, tiempo de espera, servicio al cliente y otras preocupaciones” .
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DECISIONES DE CUBIERTA Y APELACIONES

SECCION 4 Una guía básica de las decisiones de cubierta y apelaciones

Sección 4.1 Solicitando una decisión de cubierta y radicando apelaciones: a grandes rasgos

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. Por ejemplo, su médico de la red toma una decisión de cubierta (favorable) de si usted va a recibir cuidado médico de este o si lo va a referir a un médico especialista. También puede comunicarse con nosotros y solicitar que hagamos una decisión de cubierta si su médico no está seguro si el plan cubre un servicio médico en particular o si se niega a proveerle un servicio que usted entiende necesita. En otras palabras, 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.

Radicando 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 recibir ayuda cuando usted está solicitando una decisión de cubierta o radicando 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).
- **Su médico u otro proveedor puede hacer la solicitud por usted.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cubierta o una Apelación del Nivel 1 en su nombre. Para radicar una Apelación del Nivel 1, su médico u otro proveedor debe ser nombrado su representante.
- **Usted puede pedir que alguien actúe en su nombre.** 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 otra persona que le receta, u otra persona sea su representante, llame a Servicio 1 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	¿Qué sección de este capítulo le da detalles para <u>su</u> 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:

-
-

- **Sección 5** de este capítulo: “Su cuidado médico: Como solicitar una decisión de cubierta o radicar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Su medicamento recetados de la Parte D: Como solicitar una decisión de cubierta o radicar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Como solicitar cubierta para una hospitalización más larga si usted entiende que su médico le está dando de alta antes de tiempo”
- **Sección 8** de este capítulo: “Como solicitar que continuemos cubriendo un servicio médico si usted piensa que su cubierta está terminando antes de tiempo” (*Solo aplica a los siguientes servicios: cuidado de salud en el hogar, cuidado en una facilidad de enfermería diestra, servicios de Rehabilitación Comprensivos en una Facilidad Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés.)*)

Si aún no está seguro cual sección debe usar, comuníquese con 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 documento le provee los números para este programa).

SECCION 5 Su cuidado médico: Como solicitar una decisión de cubierta o radicar una apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía básica de las 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 paguemos de vuelta su parte del costo de 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 documento: 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 mas 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?	
Si esta en esta situación:	Esto es lo que debe hacer:
¿Usted desea saber si cubriremos el cuidado médico o servicio que usted quiere?	Nos puede solicitar que hagamos una decisión de cubierta para usted. Pase a la próxima sección de este capítulo, Sección 5.2.
¿Nuestro plan le informó que no cubriremos o pagaremos por un servicio médico de la forma que usted desea que el plan lo cubra o pague?	Puede radicar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo una reconsideración.) Pase a la Sección 5.3 de este capítulo.

¿En cuál de estas situaciones usted se encuentra?

¿Desea que le reembolsemos por un cuidado médico o servicio que ya recibió y pagó?

Puede enviarnos la factura.

Pase a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso-por-paso: Como solicitar una decisión de cubierta (como solicitar que nuestro plan autorice o provea la cubierta de tratamiento médico que usted desea)

Término Legal Cuando una decisión de cubierta envuelve su cuidado de salud, la determinación inicial se llama “**determinación organizacional**”.

Paso 1: Usted solicita que nuestro plan tome una decisión de cubierta sobre el tratamiento médico que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, usted debe solicitar que le proveamos una “decisión rápida”.

Término Legal Una “decisión rápida” se llama una “**decisión acelerada**”.

Cómo solicitar cubierta para el tratamiento médico que usted desea

- Comience llamando, escribiendo o enviando un facsímile a nuestro plan para tramitar su solicitud para que nosotros proveamos cubierta para el tratamiento médico que usted desea. Usted, o su médico, o su representante pueden hacer esto.
- Para detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, refiérase al Capítulo 2, Sección 1 y lea la sección titulada, *Como comunicarse con nuestro plan cuando usted está solicitando una decisión de cubierta sobre su tratamiento de salud.*

Generalmente, utilizaremos las fechas de vencimiento estándar al proveerle nuestra decisión

- Cuando le proveamos nuestra decisión, utilizaremos las fechas de vencimiento “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar las fechas de vencimiento

“rápidas”. **Una decisión estándar significa que le daremos una contestación dentro de 14 días** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo, podemos tomar hasta 14 días adicionales** si usted solicita más tiempo o si nosotros necesitamos información (como expedientes médicos) que lo podrían beneficiar. Si nosotros decidimos utilizar días adicionales para tomar una decisión, le informaremos por escrito.
- Si usted considera que nosotros no deberíamos utilizar días adicionales, usted puede someter una queja rápida sobre nuestra decisión de utilizar dichos días adicionales. Cuando usted tramite una queja rápida, le daremos una contestación a la misma dentro de 24 horas. (El proceso para someter una queja es diferente al proceso para decisiones de cubierta y apelaciones. Para más información sobre el proceso para someter quejas, incluyendo quejas rápidas, favor de referirse a la sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, solicite que le proveamos con una “decisión rápida”

- **Una decisión rápida significa que le proveeremos con una contestación dentro de 72 horas.**
 - **Sin embargo, podemos tomar hasta 14 días adicionales** si nos percatamos de que falta cierta información que podría beneficiarlo o si usted necesita proveernos información para esta revisión. Si decidimos utilizar días adicionales, le informaremos por escrito.
 - Si usted considera que nosotros no deberíamos utilizar días adicionales, usted puede someter una queja rápida sobre nuestra decisión de utilizar dichos días adicionales. (Para más información sobre el proceso para someter quejas, incluyendo quejas rápidas, favor de referirse a la sección 10 de este capítulo.) Lo llamaremos tan pronto tomemos una decisión.
- **Para obtener una decisión rápida, usted debe cumplir con dos requisitos**
 - Usted puede obtener una decisión rápida solamente si está solicitando cubierta para tratamiento médico que aun no ha recibido. (Usted no puede obtener una decisión rápida si su solicitud es relacionada a pago por tratamiento médico que ya usted recibió.)
 - Usted puede obtener una decisión rápida solamente cuando el utilizar las fechas de vencimiento estándar podría *causarle daño serio a su salud o afectar su habilidad para funcionar.*
- **Si su médico nos informa que el estado de su salud requiere una “decisión rápida”, nosotros automáticamente estaremos de acuerdo en proveerle una decisión rápida.**

- Si usted solicita una decisión rápida por su iniciativa, o sea, sin el respaldo de su médico, nuestro plan decidirá si su salud requiere que le proveamos con una decisión rápida.
 - Si nosotros decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos de una decisión rápida, le enviaremos una carta para informarle de esto (y que en sustitución estaremos utilizando las fechas de vencimiento estándar).
 - Esta carta le informará que si su médico solicita una decisión rápida, nosotros automáticamente le brindaremos una decisión rápida.
 - La carta también le informará cómo usted puede someter una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proveerle una decisión estándar en lugar de la decisión rápida que usted solicita. (Para más información sobre el proceso de someter quejas, vea la sección 10 de este capítulo.)

Paso 2: Nuestro plan considera su solicitud de cubierta para tratamiento médico y nosotros le proveemos nuestra decisión.

Fechas de vencimiento para una decisión “rápida” de cubierta

- Generalmente, para una decisión rápida, le proveeremos una decisión **dentro de 72 horas**.
 - Según se explica arriba, podemos utilizar hasta 14 días adicionales bajo ciertas circunstancias. Le dejaremos saber por escrito, si decidimos utilizar estos días adicionales para tomar una decisión.
 - Si entiende que no debemos tomarnos estos días adicionales, puede radicar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos los días adicionales. Cuando radique la queja rápida, le daremos una contestación a su queja dentro de las siguientes 24 horas. (Para más información sobre el proceso para hacer quejas, incluyendo quejas rápidas, refiérase a la Sección 10 de este capítulo.)
 - Si nosotros no le proveemos una decisión dentro de las 72 horas (o en caso de un período extendido de tiempo, al final de este período), usted tiene derecho a apelar. La sección 5.3 más adelante le explica como someter una apelación.
- **Si nuestra decisión es favorable para parte o todo lo que usted solicitó**, tenemos que autorizar o proveer la cubierta médica acordada dentro de 72 horas luego de recibir su solicitud. Si nosotros extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión, proveeremos la cubierta al finalizar dicho período extendido
- **Si nuestra decisión es desfavorable para parte o todo lo que usted solicitó**, le enviaremos una notificación escrita que explica nuestra denegación.

Fechas de vencimiento para una decisión de cubierta “estándar”

- Generalmente, para una decisión estándar, nosotros le proveeremos nuestra decisión **dentro de 14 días de recibir la solicitud**.

- Podremos utilizar hasta 14 días adicionales (“un período extendido de tiempo”) bajo ciertas circunstancias. Le informaremos por escrito si decidimos tomarnos estos días adicionales para decidir.
- Si entiende que no debemos tomarnos estos días adicionales, puede radicar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos los días adicionales. Cuando radique la queja rápida, le daremos una contestación a su queja dentro de las siguientes 24 horas. (Para más información sobre el proceso para hacer quejas, incluyendo quejas rápidas, refiérase a la Sección 10 de este capítulo.)
- Si nosotros no le proveemos una decisión dentro de las 72 horas (o en caso de un período extendido de tiempo, al final de este período), usted tiene derecho a apelar. La sección 5.3 más adelante le explica como someter una apelación.
- **Si nuestra decisión es favorable para parte o todo lo que usted solicitó**, tenemos que autorizar o proveer la cubierta que hemos acordado proveer dentro de 14 días después de recibir la solicitud. Si nosotros extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión, proveeremos la cubierta al finalizar dicho período extendido.
- **Si nuestra decisión es desfavorable para parte o todo lo que usted solicitó**, le enviaremos una notificación escrita que explica nuestra denegación.

Paso 3: Si denegamos su solicitud de cubierta para tratamiento médico, usted decide si desea someter una apelación.

- Si nuestro plan deniega su solicitud, usted tiene derecho a solicitar una reconsideración – y quizás cambiar – esta decisión mediante la radicación de una apelación. Someter una apelación significa intentar nuevamente de obtener la cubierta de tratamiento médico que usted desea.
- Si usted decide someter una apelación, esto significa que usted se dirige al Nivel 1 del proceso de apelaciones. (Refiérase a la sección 5.3 abajo).

Sección 5.3

Paso por paso: Como someter una apelación de Nivel 1 (como solicitar una revisión de una decisión de cubierta médica hecha por nuestro plan)

Término Legal

Una apelación al plan relacionado con una decisión de cubierta de tratamiento médico se conoce como “reconsideración” del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nuestro plan y radica una apelación. Si el estado de su salud requiere una respuesta rápida, usted debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué debe hacer

- **Para comenzar con una apelación, su representante o en algunos casos su médico deberá comunicarse con el plan.** Para más información sobre como comunicarse con nosotros para propósitos de cualquier apelación, refiérase al capítulo 2, sección 1 y busque la sección llamada, *Como comunicarse con nuestro plan cuando este radicando una apelación relacionada a su tratamiento médico.*
- **Radique su apelación estándar por escrito, mediante una solicitud firmada.** Usted también puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Como comunicarse con nuestro plan cuando este radicando una apelación relacionada a su tratamiento médico.*
 - Si otra persona está apelando por usted que no sea su médico, su apelación debe incluir el formulario de Nombramiento de Representante autorizando a esa persona a representarlo. (Para obtener el formulario puede llamar a Servicios al Cliente y solicitar el formulario “Nombramiento de Representante”. Este también está disponible en la página de internet de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestra página de internet www.ahmpr.com.) (Aunque podemos aceptar una apelación sin el formulario, no podemos completar la revisión de la misma hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los próximos 44 días después de recibir su apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), enviaremos su apelación a una Entidad de Revisión Independiente para su anulación.
- **Si está solicitando una apelación rápida debe radicarla por escrito o llamándonos** al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Como comunicarse con nuestro plan cuando este radicando una apelación relacionada a su tratamiento médico.*
- **Usted tiene que someter su apelación dentro del término de 60 días calendarios** a partir de la fecha que aparece en la notificación escrita que le enviamos para avisarle sobre nuestra decisión sobre su solicitud de cubierta. Si a usted se le pasa esta fecha de vencimiento, y tiene una buena razón para que se le pasara esta fecha, podríamos proveerle tiempo adicional para someter su apelación.
- **Solicita copia de la información relacionada a su decisión médica y añade información que apoya su apelación.**
 - Tiene derecho a solicitarnos copia de la información relacionada a su apelación.

- Si lo desea, usted y su médico nos pueden dar información adicional que apoye su apelación.

Si su salud lo requiere solicite una “apelación rápida” (puede hacer la solicitud por teléfono)

Término Legal	Una “apelación rápida” también se conoce como una “ apelación acelerada ”.
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

- Si usted está apelando una decisión que nuestro plan tomo sobre la cubierta de un tratamiento que usted aun no ha recibido, usted y/o su médico necesitan decidir si necesitan una apelación rápida.
- Los requisitos y procedimientos para someter una apelación rápida son los mismos que los utilizados para una “decisión rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones para solicitar una decisión rápida. (Estas instrucciones fueron provistas anteriormente en esta sección.)
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, nosotros automáticamente accederemos a concederle una apelación rápida.

Paso 2: Nuestro plan considera su apelación y le proveemos una contestación.

- Cuando nuestro plan considera su apelación, examinamos nueva y minuciosamente toda la información relacionada con su solicitud de cubierta para tratamiento médico. Verificamos que hayamos sido justos y que todas las regulaciones fueron acatadas al nosotros denegar su solicitud.
- Recopilaremos información adicional de ser necesario. Podemos también comunicarnos con usted o con su médico para obtener más datos.

*Fechas de vencimiento para **apelaciones “rápidas”***

- Cuando usamos las fechas de vencimiento rápidas, tenemos que proveerle nuestra contestación **dentro de 72 horas luego de recibir su apelación**. Le proveeremos una decisión más rápidamente si su salud así nos lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita tiempo adicional, o si nosotros necesitamos recolectar información adicional para su beneficio, **podremos utilizar hasta 14 días adicionales**.
 - Si nosotros no le proveemos una decisión dentro de 72 horas (o antes de finalizar el período de tiempo extendido si utilizamos días adicionales), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde será revisado por una organización independiente. Más tarde en esta sección, le hablaremos sobre esta organización y explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra decisión es favorable para parte o todo lo que usted solicitó**, tenemos que autorizar o proveer la cubierta médica acordada dentro de 72 horas.
- **Si nuestra decisión es desfavorable para parte o todo lo que usted solicitó**, le enviaremos una notificación escrita indicándole que hemos enviado su apelación a la Organización de Revisión Independiente para un Nivel 2 de apelación.

*Fechas de vencimiento para una **apelación “estándar”***

- Si estamos utilizando las fechas de vencimiento estándar, tenemos que proveerle una decisión **dentro de 30 días** luego de recibir su apelación, si su apelación es sobre cubierta por servicios que usted aun no ha recibido. Le proveeremos nuestra decisión más temprano si la condición de su salud así nos lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarlo, podríamos utilizar hasta **14 días adicionales**.
 - Si entiende que no debemos tomarnos días adicionales puede radicar una “queja acelerada” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando radique una queja acelerada, le daremos su contestación dentro de las siguientes 24 horas. (Para más información sobre el proceso de solicitar quejas, incluyendo quejas aceleradas, refiérase a la Sección 10 de este capítulo.)
 - Si no le proveemos una decisión para la fecha de vencimiento arriba mencionada (o para el final del período extendido de tiempo si utilizamos días adicionales), estamos obligados a enviar su solicitud hacia el Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde será revisado por una organización independiente exterior. Más adelante en esta sección discutiremos más sobre esta organización de revisión y explicaremos que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra decisión es favorable para parte o todo lo que usted solicitó**, tenemos que autorizar o proveer la cubierta médica acordada dentro de 30 días.
- **Si nuestra decisión es desfavorable para parte o todo lo que usted solicitó**, le enviaremos una notificación escrita indicándole que hemos enviado su apelación a la Organización de Revisión Independiente para un Nivel 2 de apelación.

Paso 3: Si nuestro plan deniega su apelación, su caso será enviado automáticamente al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que fuimos justos cuando decidimos denegar su apelación, **se requiere que nuestro plan envíe su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Al hacer esto, significa que su apelación se dirige al siguiente nivel de apelaciones, el cual es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso-por-Paso: Como someter una apelación de Nivel 2

Si nuestro plan deniega su apelación de Nivel 1, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante el Nivel 2 de apelaciones, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión de denegar su primera apelación. Esta organización decide si nuestra decisión deberá ser alterada.

Término Legal	El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. En ocasiones se le llama “ IRE ”, por sus siglas en inglés.
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización externa independiente, la cual tiene un contrato con Medicare.** Esta organización no está afiliada a nuestro plan y tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía seleccionada por Medicare para operar como Organización de Revisión Independiente. Medicare monitorea su trabajo.
- Nosotros enviaremos la información relacionada a su apelación a esta organización. Esta información se conoce como “récord de caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su récord de caso.** Estamos autorizados a cobrarle un cargo por fotocopiar y enviarle esta información a usted.
- Usted tiene derecho a proveerle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación

Si usted tenía una apelación “rápida” de Nivel 1, entonces usted también tendrá una apelación “rápida” de Nivel 2

- Si usted tenía una apelación rápida de Nivel 1 con nuestro plan, la organización de revisión tiene que proveerle una decisión a su apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** a partir de cuando ellos reciben su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar información adicional que podría beneficiarlo, la decisión podría **tardar hasta 14 días adicionales.**

Si usted tenía una apelación “estándar” de Nivel 1, entonces usted también tendrá una apelación “estándar” de Nivel 2

- Si usted tenía una apelación estándar de Nivel 1 con nuestro plan, la organización de revisión tiene que proveerle una decisión a su apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días** a partir de cuando ellos reciben su apelación.

- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar información adicional que podría beneficiarlo, **la decisión podría tardar hasta 14 días adicionales**

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le provee su decisión.

La Organización de Revisión Independiente le notificara su decisión por escrito y las razones de llegar a la misma.

- **Si la organización de revisión independiente autoriza en parte o en su totalidad su solicitud**, tenemos que autorizar la cubierta de tratamiento médico dentro de 72 horas o proveer el servicio dentro de 14 días luego de recibir la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización deniega su apelación**, esto significa que ellos concuerdan con nuestra decisión de que su solicitud de cubierta para tratamiento médico no debe ser aprobada. (A esto se le llama “sostener la decisión”. También es conocido como “denegando su apelación.”)
 - La notificación que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito si su situación cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones. Por ejemplo, para continuar con el proceso y someter otra apelación a Nivel 3, el valor monetario de la cubierta de tratamiento médico que usted solicita deberá cumplir con cierto mínimo. Si el valor monetario de la cubierta que usted solicita es muy bajo, usted no puede someter otra apelación, lo cual significa que la decisión a Nivel 2 es final.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea llevar su apelación más allá.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, usted deberá decidir si desea continuar con el Nivel 3 y someter una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto se encuentran en la notificación escrita que usted recibió luego de su apelación de Nivel 2.
- La apelación del Nivel 3 la maneja un Juez de Derecho Administrativo. La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5	¿Que sucede si usted le está solicitando a nuestro plan que pague por nuestra porción de una factura por tratamiento médico que usted ha recibido?
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si usted desea solicitar de nuestro plan el pago por tratamiento médico, comience por leer el Capítulo 7 de este documento: *Solicitando que el plan pague su porción de una factura que usted ha recibido por tratamiento médico o medicamentos*. El capítulo 7 describe las situaciones en las

cuales usted podría necesitar una solicitud de reembolso o pagar una factura que usted ha recibido de un proveedor. También describe como enviarnos la documentación en la cual solicita nuestro pago.

La solicitud de un reembolso es solicitar una decisión de cubierta de nuestro plan

Si usted nos envía la documentación en la cual solicita un reembolso, usted nos está solicitando que hagamos una decisión de cubierta (para más información sobre decisiones de cubierta refiérase a la sección 4.1 de este capítulo). Para completar esta decisión de cubierta, revisaremos si el tratamiento médico por el cual usted pago es un servicio cubierto (refiérase al capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*). También verificaremos si usted siguió todas las reglas para uso de cubierta para tratamiento médico (estas reglas son provistas en el capítulo 3 de este documento: *Utilizando la cubierta de su plan para sus tratamientos médicos*).

Contestaremos sí o no a su solicitud

- Si el tratamiento médico por el cual usted pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra porción del costo por su tratamiento médico dentro de los 60 días siguientes a su solicitud. O, si usted aun no ha pagado por los servicios, nosotros le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviemos el pago, esto equivale a aceptar su solicitud de decisión de cubierta.
- Si el tratamiento médico *no* está cubierto, o usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos ningún pago. En su lugar, le enviaremos una carta que le informa que no pagaremos por el tratamiento y las razones de esto. (Cuando denegamos su solicitud de pago, esto equivale a denegar su solicitud de decisión de cubierta.)

¿Qué sucede si usted solicita que le paguen y le informamos que no pagaremos?

- Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de denegación, **usted puede someter una apelación**. Si usted radica una apelación, esto significa que usted nos solicita que cambiemos nuestra decisión de cubierta al nosotros denegar su solicitud de pago.

Para someter esta apelación, utilice el procedimiento de apelaciones que describimos en la parte 5.3 de esta sección. Vaya a esta parte para instrucciones paso-por-paso. Cuando esté siguiendo estas instrucciones, por favor observe que:

- Si usted radica una apelación para reembolso, tenemos que proveerle una decisión dentro de 60 días calendarios luego de nosotros recibir su apelación. (Si nos solicita que le paguemos por tratamiento médico que usted ya recibió y que pagó usted mismo, usted **no puede** solicitar una apelación rápida.)

-
-

- Si la Organización de Revisión Independiente reversa nuestra decisión de denegar pago, tenemos que enviar el pago que usted ha solicitado a usted mismo o a su proveedor dentro de 30 días calendarios. Si la contestación a su apelación es favorable en cualquier parte del proceso de apelación luego del Nivel 2, tenemos que enviarle el pago que usted solicitó a usted mismo o a su proveedor dentro de 60 días calendarios.

SECCION 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Como pedir una decisión de cubierta o someter 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 incluye qué debe hacer cuando tiene problemas obteniendo un medicamento recetado de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de 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. Refiérase al Capítulo 5, Sección 4 para más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas.)

- **Esta sección cubre solamente los medicamentos recetados de la Parte D.** Para simplificar, generalmente decimos “medicamento recetado” en el resto de esta sección en vez de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorio” o “medicamento recetado de la Parte D”.
- Para más información sobre medicamentos recetados de la Parte D, la Lista de Medicamentos, las reglas y restricciones de la cubierta e información de costo, refiérase al Capítulo 5 (Utilizando la cubierta de su plan para medicamentos recetados) y el capítulo 6 (Qué paga por sus medicamentos recetados 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.



Término Legal	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.)
 - *Por favor tenga en cuenta:* Si su farmacia le informa que su receta no puede ser despachada tal como está escrita, recibirá una notificación por escrito explicándole como comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cubierta.
- 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 se encuentra?			
<p>¿Necesita un medicamento que no figura en nuestra lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Nos puede solicitar que realicemos una excepción. (Es un tipo de decisión de cubierta.)</p> <p>Comience con la Sección 6.2 de este capítulo.</p>	<p>¿Necesita un medicamento que no figura en nuestra lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Nos puede solicitar que realicemos una excepción. (Es un tipo de decisión de cubierta.)</p> <p>Comience con la Sección 6.2 de este capítulo.</p>	<p>¿Necesita un medicamento que no figura en nuestra lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Nos puede solicitar que realicemos una excepción. (Es un tipo de decisión de cubierta.)</p> <p>Comience con la Sección 6.2 de este capítulo.</p>	<p>¿Necesita un medicamento que no figura en nuestra lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Nos puede solicitar que realicemos una excepción. (Es un tipo de decisión de cubierta.)</p> <p>Comience con la Sección 6.2 de este capítulo.</p>

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no se cubre de la forma en que usted desearía que fuera cubierto, puede solicitarnos que realicemos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cubierta. De la misma forma que en otros tipos de decisiones de cubierta, si rechazamos su solicitud de realizar una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que recete deberán explicar los motivos médicos por los cuales se necesita la aprobación de la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. A continuación, presentamos tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional pueden solicitarnos:

-
-

1. Cubierta de un medicamento de la Parte D que no figure en nuestra *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*. (Para abreviar le llamamos “lista de medicamentos”).

Termino Legal	La solicitud de cubierta de un medicamento no incluido en la lista de medicamentos en ocasiones se conoce como solicitud de “ excepción al formulario ”.
---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Si nosotros acordamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en el Listado de Medicamentos, usted necesitará 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. Anulación de una restricción en nuestra cubierta de un medicamento cubierto. Existen normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos incluidos en nuestra *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* (si desea más información, vea el Capítulo 5 y busque la Sección 5).

Termino Legal	La solicitud de anulación de una restricción de cubierta de un medicamento en ocasiones se conoce como solicitud de “ excepción al formulario ”.
---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Las normas y restricciones adicionales de cubierta de determinados medicamentos incluyen:
 - *El requisito de utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *La obtención de la aprobación por anticipado del plan* antes de que aceptemos cubrirle su medicamento. (Esto a veces se conoce como “autorización previa”).
 - *El requisito de probar primero un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (Esto a veces se conoce como “terapia escalonada”).
 - *Límites de cantidad.* En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad de medicamento que puede recibir.
- Si aceptamos realizar una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción en la cantidad de copago o coaseguro que debe pagar por el medicamento.

3. Cambio de cubierta de un medicamento a un nivel de costo compartido menor. Cada medicamento de nuestra lista de medicamentos está en uno de los 5 niveles de costo

-
-

compartido. En general, mientras más bajo es el número del nivel del costo compartido, menos deberá pagar como la parte del costo que le corresponde del medicamento.

Termino Legal	La solicitud de cubierta de un medicamento no incluido en la lista de medicamentos en ocasiones se conoce como solicitud de “excepción al formulario” .
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Si su medicamento se encuentra en el nivel de costo compartido de genérico no preferido/medicamento de marca no preferida, usted puede solicitarnos que lo cubramos a la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos del nivel de costo compartido de genéricos preferidos. Esto reduciría la parte del costo que le corresponde por el medicamento.

Sección 6.3	Información importante que debe conocer acerca de la solicitud de excepciones
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que recete deben darnos una justificación que explique los motivos médicos por los cuales solicita una excepción. Para que la decisión sea más rápida, incluya esta información médica del médico o de otro profesional que recete al solicitar una excepción.

En general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estas diferentes posibilidades se conocen como medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo resultara tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos la solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente tiene validez hasta el final del año del plan. Esto se cumple siempre y cuando el médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe resultando seguro y eficaz en el tratamiento de su enfermedad.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. En la Sección 6.5 se indica cómo presentar una apelación en caso de que rechazemos su solicitud.

En la siguiente sección se indica cómo solicitar una decisión de cubierta, incluyendo una excepción.

.

•
•

Sección 6.4	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cubierta, incluyendo una excepción
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

Paso 1: Nos solicita que tomemos una decisión de cubierta en relación con los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una **“decisión rápida”**. **No puede solicitar una decisión rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya compró.**

Qué debe hacer

Qué 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 está 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 documento: *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”

Termino Legal	Una “decisión rápida” es llamada una “decisión de cubierta acelerada.”
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------

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: Consideramos su solicitud y le proporcionamos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cubierta “rápida”

- Si utilizamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 24 horas**.
 - En general, esto significa en las siguientes 24 horas después de la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le proporcionaremos nuestra respuesta en las siguientes 24 horas después de recibir la justificación del médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización externa independiente.

Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en el Nivel de Apelación 2.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos proporcionar la cubierta acordada en las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud o la justificación del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos.

Plazos para una decisión de cubierta "estándar" acerca de un medicamento que aún no recibió

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas.**
 - En general, esto significa en las siguientes 72 horas después de la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en las siguientes 72 horas después de recibir la justificación del médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en el Nivel de Apelación 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total:**
 - Si aprobamos su solicitud de cubierta, debemos **proporcionar la cubierta** acordada **en las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud o la justificación del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos.

Plazos para una decisión de cubierta "estándar" acerca de un pago por un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en los siguientes 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en el Nivel de Apelación 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** también debemos efectuar el pago en los siguientes 30 días calendario después de recibir su solicitud.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total, le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos.**

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cubierta, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar una apelación. La solicitud de una apelación significa solicitarnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, nuestra decisión ya tomada.

Sección 6.5	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión de cubierta que tomó nuestro plan)
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Termino Legal	Una apelación al plan en relación con la cubierta de un medicamento de la Parte D también se conoce como “ redeterminación ” del plan.
---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Paso 1: Comuníquese con nosotros y realice su Apelación de Nivel 1. Si su estado de salud exige una respuesta inmediata, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué debe hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, médico u otro profesional que recete) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo por cualquier motivo relacionado con su apelación, vea el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación acerca de los medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, envíe la solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación llamando a nuestro número de teléfono que se encuentra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación acerca de los medicamentos recetados de la Parte D.*)
- **Si solicita una apelación rápida, hágala por escrito o llámenos al número de teléfono que se encuentra en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación acerca de los medicamentos recetados de la Parte D.*)
- **Debe realizar su solicitud de apelación en los siguientes 60 días calendario** desde de la fecha en que enviamos el aviso escrito para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cubierta. Si se le vence este plazo, y tiene un buen motivo para que éste se haya vencido, podemos darle más tiempo para realizar su apelación. Ejemplos de buenos motivos para el vencimiento del plazo

pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta acerca del plazo para la solicitud de la apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.**
 - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico o profesional que receta pueden darnos información adicional que respalde su apelación.

Si su estado de salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida”

Término Legal	A una “apelación rápida” también se le conoce como “redeterminación acelerada”.
----------------------	---------------------------------------------------------------------------------

- Si está apelando una decisión que tomó nuestro plan en relación con un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para una “apelación rápida” son los mismos que para una “decisión rápida” en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Nuestro plan considera su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, repasamos minuciosamente una vez más toda la información sobre su solicitud de cubierta. Comprobamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

*Plazos para una **apelación “rápida”***

- Si utilizamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no damos una respuesta en las siguientes 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización Revisora Independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total**, debemos proporcionar la cubierta que aceptamos proporcionar en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una declaración por escrito donde se explicará el motivo del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

*Plazos para una **apelación “estándar”***

- Si utilizamos plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si no ha recibido el medicamento y su salud requiere que se lo proporcionemos. Si considera que su salud así lo requiere, debe solicitar una apelación “rápida”.
 - Si no proporcionamos una decisión en los siguientes 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización Revisora Independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total:**
 - Si aprobamos una solicitud de cubierta, debemos **proporcionar la cubierta** acordada con la rapidez que su salud requiera, **antes de los 7 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si aprobamos su solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en los siguientes 30 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una declaración por escrito donde se explicará el motivo del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa mediante la presentación de otra apelación.
- Si decide realizar otra apelación, esto significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación (ver a continuación).

Sección 6.6	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2
--------------------	-------------------------------------------------------------

Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa mediante la presentación de otra apelación. Si decide pasar a una Apelación de Nivel 2, la **Organización Revisora Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Termino Legal	El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” es “ Entidad Revisora Independiente ”. A veces también se le conoce como “ IRE ” (por sus siglas en inglés).
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, debe comunicarse con la Organización Revisora Independiente y solicitar una revisión de su caso.

-
-

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** en la Organización Revisora Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede realizar esta Apelación de Nivel 2, cuáles son los plazos que debe cumplir y cómo ponerse en contacto con la organización revisora.
- Al presentar una apelación con la Organización Revisora Independiente, enviaremos la información que poseamos sobre su apelación a esta organización. Esta información se conoce como “legajo”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su legajo.**
- Tiene derecho a proporcionar a la Organización Revisora Independiente información adicional que respalde su apelación.

Paso 2: La Organización Revisora Independiente realiza una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización Revisora Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene conexión con nosotros y no es una agencia del gobierno. Es una empresa seleccionada por Medicare para revisar nuestras decisiones relacionadas con sus beneficios de la Parte D con nosotros.
- Los revisores de la Organización Revisora Independiente repasarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

*Plazos para una **apelación “rápida”** en el Nivel 2*

- Si su estado de salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la Organización Revisora Independiente.
- Si la organización revisora acepta otorgarle una “apelación rápida” la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización Revisora Independiente acepta su solicitud, en forma parcial o total,** debemos proporcionarle la cubierta del medicamento aprobada por la organización revisora **en las siguientes 24 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora.

*Plazos para una **apelación “estándar”** en el Nivel 2*

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en los siguientes 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si la Organización Revisora Independiente acepta su solicitud, en forma parcial o total:**
 - Si la Organización Revisora Independiente aprueba una solicitud de cubierta, debemos **proporcionarle la cubierta del medicamento** aprobada por la

organización revisora **en las siguientes 72 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora.

- Si la Organización Revisora Independiente aprueba una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en los siguientes 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización revisora rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se conoce como “mantener la decisión”. También se lo conoce como “rechazo de su apelación”).

Para continuar y presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cubierta del medicamento que solicita debe cumplir con una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cubierta solicitada es demasiado baja, no puede realizar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso que recibe de la Organización Revisora Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en discusión para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cubierta solicitada cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y realizar una tercera apelación. Si decide realizar una tercera apelación, los detalles sobre cómo solicitarla se encuentran en el aviso escrito que recibió después de la segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 es evaluada por un juez de derecho administrativo. En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCION 7 Cómo solicitarnos la cubierta de una estadía en el hospital más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo

Cuando lo admiten en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que necesite para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cubierta para su atención en el hospital, incluidas las limitaciones de la cubierta, vea el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Durante la estadía en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán junto a usted para prepararse para el día que le dan de alta del hospital. Además, le ayudarán a organizar la atención que pudiera necesitar después de salir del hospital.

- El día que sale del hospital se conoce como “**fecha de alta**”. La cubierta de nuestro plan de su estadía en el hospital finaliza en esta fecha.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, el médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le están dando de alta antes de tiempo, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada y se considerará su solicitud. En esta sección se le informa cómo solicitarla.

Sección 7.1	Durante la estadía en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Durante la estadía en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso al ser admitidas en un hospital. Alguna persona en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermero) le dará el aviso en los siguientes dos días después de ser admitido. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Cliente. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- 1. Lea este aviso atentamente y haga preguntas si no lo entiende.** El aviso le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, por ejemplo:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de la estadía en el hospital, según lo indique el médico. Esto incluye el derecho a conocer cuáles son los servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
 - Su derecho a participar en las decisiones relacionadas con su internación y a conocer quién la pagará.
 - Dónde reportar sus preocupaciones sobre la calidad de atención en el hospital.
 - Su derecho a apelar la decisión de darle de alta si considera que le están dando de alta del hospital antes de tiempo.

Termino Legal	El aviso escrito de Medicare le informa cómo puede “ solicitar una revisión inmediata ”. La solicitud de una revisión inmediata constituye una manera formal y legal de solicitar una demora en la fecha de alta de modo que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le informa cómo puede solicitar una revisión inmediata.)
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que entiende cuáles son sus derechos.

- Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (En la Sección 4 de este capítulo se indica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- La firma del aviso demuestra *sólo* que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no incluye la fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán la fecha de alta). La firma del aviso **no implica** que acepta una fecha de alta.

3. Conserve su copia del aviso firmado para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o expresar una inquietud acerca de la calidad de la atención) a mano en caso de necesitarla.

- Si firma el aviso más de 2 días antes del alta del hospital, se le entregará otra copia antes de que se programe el alta.
- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en línea en http://www.cms.gov/BNI/12_HospitalDischargeAppealNotices.asp.

Sección 7.2	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si desea solicitarnos que los servicios hospitalarios sean cubiertos durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelación se explica a continuación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y respetar los plazos correspondientes a lo que deba hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en algún momento, llame a Servicios al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este documento). O bien, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha de alta programada es adecuada para usted por razones médicas.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de Calidad en su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

-
-

Termino Legal	A la “revisión rápida” también se le conoce como “revisión inmediata”.
---------------	------------------------------------------------------------------------

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*) le informa cómo comunicarse con esta organización. (O busque 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 documento).

Debe actuar con rapidez:

- Para presentar una apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad antes de salir del hospital y **antes de la fecha de alta programada**. (La “fecha de alta programada” es la fecha en que se determinó que debe salir el hospital).
 - Si cumple con este plazo, podrá permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin tener que pagar*, mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización para el Mejoramiento de Calidad.
 - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, *es posible que deba pagar todos los costos* de atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad por su apelación, puede realizar dicha apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de realizar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que pide a la organización que utilice los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de utilizar los plazos estándar.

Termino Legal	Una “revisión rápida” también se conoce como “revisión inmediata” o “revisión acelerada”.
---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

-
-

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales del cuidado de la salud de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (los llamaremos “revisores” para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) por qué considera que debería continuar la cubierta de los servicios. No es necesario preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros le hayamos proporcionado.
- Para el mediodía del día después de que los revisores hayan informado a nuestro plan acerca de su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito donde se le proporcionará su fecha de alta programada y se explicarán los motivos por los cuales el médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (adecuado por razones médicas) que sea dado de alta en esa fecha.

Termino Legal	Esta explicación por escrito se conoce como “ Aviso detallado de alta ”. Para obtener una muestra de este aviso, llame a Servicios al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.) También puede obtener una muestra del aviso en línea en http://www.cms.hhs.gov/BNI/
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Paso 3: Durante el día posterior a obtener toda la información necesaria, la Organización para el Mantenimiento de Calidad le comunicará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es positiva?

- Si la organización revisora proporciona una respuesta *acepta* su apelación, **debemos continuar proporcionándole los servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que resulten necesarios por razones médicas.**
- Usted deberá continuar pagando la parte de los costos que le corresponden (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, es posible que existan limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Vea el Capítulo 4 de este documento).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización revisora *rechaza* su apelación, significa que la fecha de alta programada es adecuada por razones médicas. Si esto ocurre, **nuestra cubierta de los servicios hospitalarios finalizará** la tarde del día *posterior* a que la Organización para el Mejoramiento de Calidad responda a su apelación.

- Si la organización revisora rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **usted deberá pagar el costo total** de la atención recibida en el hospital después de la tarde del día posterior a que la Organización para el Mejoramiento de Calidad responda a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea realizar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta programada, puede realizar otra apelación. Realizar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelación.

Sección 7.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta programada, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante la Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que revise nuevamente la decisión tomada en su primera apelación. Si rechazamos su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta programada.

Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Vuelve a comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en los siguientes 60 días calendario** después de que la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión sólo si permaneció en el hospital después de la fecha de terminación de la cubierta de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los siguientes 14 días calendario, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad tomarán una decisión con relación a su apelación y se la informarán.

Si la organización revisora proporciona una respuesta positiva:

- **Debemos reembolsarle** la parte del costo que nos corresponde por la atención hospitalaria recibida a partir de la tarde del día posterior a la fecha en que la

-
-

Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó la primera apelación.
Debemos continuar proporcionando cubierta para su atención hospitalaria durante el tiempo que sea necesaria por razones médicas.

- Debe continuar pagando la parte del costo que le corresponde y se pueden aplicar limitaciones en la cubierta.

Si la organización revisora proporciona una respuesta negativa:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se conoce como “mantener la decisión”.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Éste le proporcionará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del cual se encarga un juez.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si la organización revisora rechaza su Apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y realizar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez.
- En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1?
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explica en la Sección 7.2, debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad e iniciar su primera apelación del alta del hospital. (“Con rapidez” significa antes de salir el hospital y de la fecha de alta programada). Si vence el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma apelar la decisión.

Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: cómo presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 1

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Termino Legal	Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como “ apelación acelerada ”.
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Si desea detalles sobre cómo comunicarse con nuestro plan, vea el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación relacionada con su cuidado médico*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita que le proporcionemos una respuesta en los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de la fecha de alta programada, para comprobar si el alta era necesaria por razones médicas.

- Durante esta revisión, repasamos toda la información relacionada con su estadía en el hospital. Comprobamos que la fecha de alta programada haya sido adecuada por razones médicas. Verificaremos que la decisión sobre cuándo debía salir el hospital haya sido justa y se hayan cumplido todas las normas.
- En esta situación, utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le proporcionamos nuestra decisión en las siguientes 72 horas después de la solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su solicitud de una apelación rápida,** significa que hemos acordado con usted que todavía necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta, y continuaremos cubriendo sus servicios durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. Además, significa que aceptamos reembolsarle la parte del costo que nos corresponde por la atención recibida a partir de la fecha en la que determinamos que debía finalizar la cubierta. (Usted debe pagar la parte del costo que le corresponde y es posible que se apliquen limitaciones de cubierta).
- **Si le damos una respuesta negativa a su apelación rápida,** significa que la fecha de alta programada era adecuada por razones médicas. Nuestra cubierta de servicios hospitalarios termina a partir del día en que determinamos que finalizaba la cubierta.
 - Si permaneció en el hospital *después* de la fecha de alta programada, **es posible que deba pagar el costo total** de atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al rechazar su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la “Organización Revisora Independiente”.** Esto significa que *automáticamente* pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: cómo presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización Revisora Independiente** revisa la decisión que tomamos de rechazar su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Termino Legal	El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” es “ Entidad Revisora Independiente ”. A veces también se le conoce como “ IRE ” (por sus siglas en inglés).
---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Paso 1: Automáticamente reenviaremos su caso a la Organización Revisora Independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización Revisora Independiente en las siguientes 24 horas a partir de que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con éste u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelación. En la Sección 10 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización Revisora Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en las siguientes 72 horas.

- **La Organización Revisora Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene conexión con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse de ser la Organización Revisora Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización Revisora Independiente volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación de alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle el pago) de la parte del costo que nos corresponde por la atención hospitalaria recibida a partir de la fecha de alta programada. Además, debemos continuar la cubierta del plan de los servicios hospitalarios durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. Usted debe continuar pagando la parte de los costos que le corresponde. Si existen limitaciones de la cubierta, éstas podrían limitar la cantidad que debemos reembolsarle o el tiempo durante el cual debemos continuar la cubierta de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha de alta del hospital programada era adecuada por razones médicas.
 - El aviso que reciba de la Organización Revisora Independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Éste

le proporcionará detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3, de la cual se encarga un juez.

Paso 3: Si la Organización Revisora Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCION 8 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cubierta está finalizando antes de tiempo

Sección 8.1	Esta sección trata <u>únicamente</u> sobre tres servicios: servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación (CORF).
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Esta sección trata *únicamente* sobre los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de cuidado de la salud en el hogar** que esté recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para ser considerado como “centro de enfermería especializada”, vea el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF) aprobado por Medicare. En general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación mayor. (Si desea más información sobre este tipo de centros, vea el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe alguno de estos tipos de atención, tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que se necesite esa atención para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Si desea más información sobre sus servicios cubiertos, incluido la parte del costo que le corresponde y cualquier limitación de cubierta que pudiera aplicarse, vea el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Cuando decidimos que es momento de interrumpir la cubierta de cualquiera de los tres tipos de atención, debemos informárselo con anticipación. Cuando termina la cubierta de la atención, *interrumpiremos el pago de la parte del costo que nos corresponde por la atención.*

Si considera que finalizamos la cubierta de su atención antes de tiempo, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección se le informa cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuando termine su cubierta

1. Usted recibe un aviso por escrito. Al menos dos días antes de que nuestro plan interrumpa la cubierta de su atención, la agencia o centro que proporcione la atención le enviará un aviso.

- El aviso por escrito le informa la fecha en la que interrumpiremos la cubierta de su atención.
- El aviso por escrito también le indica qué puede hacer si desea solicitar a nuestro plan un cambio de decisión acerca del momento de finalización de la atención, y a mantener la cubierta durante un período más prolongado.

Termino Legal	Al indicarle qué puede hacer, el aviso escrito le está indicando cómo puede solicitar una “apelación por vía rápida” . La solicitud de una apelación por vía rápida constituye una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cubierta en cuanto al momento de interrumpir su atención. (En la Sección 7.3 a continuación se indica cómo puede solicitar una apelación por vía rápida).
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Termino Legal	El aviso escrito se conoce como “Aviso de no cubierta de Medicare” . Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 1-877-486-2048). También puede ver una copia en línea en http://www.cms.hhs.gov/BNI/
----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió.

- Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (En la Sección 4 se indica cómo otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- La firma del aviso demuestra *sólo* que recibió la información sobre el momento en que se interrumpirá su cubierta. **Firmarlo no implica que está de acuerdo** con el plan en que es momento de interrumpir el servicio de atención.

Sección 8.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si desea que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelación se explica a continuación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y respetar los plazos que se aplican a lo que debe hacer. Además, existen plazos que nuestro plan debe respetar. (Si considera que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en algún momento, llame a Servicios al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este documento). O bien, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación y decide si se debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de Calidad en su estado y solicite una revisión. Debe actuar con rapidez.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Ellos controlan la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare y revisan las decisiones del plan en cuanto al momento en que se interrumpirá la cubierta de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque 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 documento).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización que realice una revisión independiente de si es adecuado por razones médicas que interrumpamos la cubierta de sus servicios médicos.

Plazo para ponerse en contacto con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad para comenzar su apelación *antes de la tarde del día en que recibe el aviso escrito que le informa que se interrumpirá la cubierta de su atención.*
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad por su apelación, en su lugar puede realizar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de realizar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales del cuidado de la salud de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (los llamaremos “revisores” para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) por qué considera que debería continuar la cubierta de los servicios. No es necesario preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización revisora también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les haya proporcionado.
- Al final del día, los revisores nos informan acerca de su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito en el que le informamos nuestros motivos para la terminación de la cubierta de sus servicios

Termino Legal Esta explicación por escrito se conoce como “ Explicación detallada de no cubierta ”.

Paso 3: Durante el día posterior a la recepción de toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos continuar proporcionándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea necesarios por razones médicas.**
- Usted deberá continuar pagando la parte de los costos que le corresponden (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, puede haber limitaciones en los servicios cubiertos (vea el Capítulo 4 de este documento).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores rechazan su apelación, **la cubierta terminará el día en que se lo hayamos informado.** Finalizaremos el pago de la parte de los costos que nos corresponde de esta atención.

- Si decide continuar recibiendo servicios de cuidado de la salud en el hogar, o atención en un centro de enfermería especializada, o en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF) después de la fecha de finalización de su cubierta, **usted deberá pagar el costo total** por esa atención.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que realiza es el “Nivel 1” del proceso de apelación. Si los revisores *rechazan* su Apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención después de la interrupción de la cubierta de atención, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelación.

Sección 8.4	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación y usted elige continuar recibiendo atención después de la finalización de la cubierta, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante la Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que revise nuevamente la decisión tomada en su primera apelación. Si rechazamos su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de cuidado de la salud en el hogar, o atención en un centro de enfermería especializada, o en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cubierta.

Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Vuelve a comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en los siguientes 60 días** después de que la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión sólo si continuó recibiendo atención después de la fecha de finalización de su cubierta.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los siguientes 14 días, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad tomarán una decisión en relación con su apelación y se la informarán.

-
-

¿Qué sucede si la organización revisora acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte del costo que nos corresponde de la atención que haya recibido desde la fecha en que determinamos que finalizaría la cubierta. **Debemos continuar proporcionando cubierta** de su atención durante el tiempo que sea necesaria por razones médicas.
- Usted debe continuar pagando la parte del costo que le corresponde y es posible que se apliquen ciertas limitaciones de cubierta.

¿Qué sucede si la organización revisora la rechaza?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos en cuanto a la Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Éste le proporcionará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del cual se encarga un juez.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan la Apelación de Nivel 2, puede elegir si acepta esa decisión o pasa al Nivel 3 y realiza otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez.
- En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1?
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explicó en la Sección 8.3, debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y comenzar su primera apelación (en uno o dos días, como máximo). Si vence el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma de apelar la decisión. Si utiliza esta otra forma de apelar, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 1

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

A continuación, se detallan los pasos para una Apelación Alternativa de Nivel 1:

-
-

Termino Legal	Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como “ apelación acelerada ”.
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Si desea detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vea el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación relacionada con su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita que le proporcionemos una respuesta en los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cubierta de sus servicios.

- Durante esta revisión, repasamos nuevamente toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas al determinar la fecha de finalización de la cubierta del plan para los servicios que usted recibía.
- Utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta sobre esta revisión. (Generalmente, si realiza una apelación a nuestro plan y solicita una “revisión rápida”, podemos decidir si aceptamos su solicitud para proporcionarle “revisión rápida”. Pero en esta situación, las normas nos exigen darle una respuesta rápida si lo solicita).

Paso 3: Le proporcionamos nuestra decisión en las siguientes 72 horas después de la solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos la apelación rápida**, significa que coincidimos con usted en que necesita los servicios durante más tiempo, y continuaremos proporcionándole la cubierta de sus servicios mientras sea necesario por razones médicas. Además significa que hemos aceptado reembolsarle la parte del costo que nos corresponde por la atención recibida a partir de la fecha en la que determinamos que debía terminar la cubierta. (Usted debe pagar la parte del costo que le corresponde y es posible que se apliquen limitaciones de cubierta).
- **Si rechazamos la apelación rápida**, su cubierta terminará en la fecha que le hemos informado y no pagaremos después de esa fecha. Finalizaremos el pago de la parte de los costos que nos corresponde de esta atención.
- Si continuó recibiendo los servicios de cuidado de la salud en el hogar, o atención en un centro de enfermería especializada, o en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cubierta, usted **deberá pagar el costo total** por esa atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso *automáticamente* pasará al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al rechazar su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la “Organización Revisora Independiente”**. Esto significa que *automáticamente* pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: cómo presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización Revisora Independiente** revisa la decisión que tomamos de rechazar su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Termino Legal	El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” es “ Entidad Revisora Independiente ”. A veces también se le conoce como “ IRE ” (por sus siglas en inglés).
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Paso 1: Automáticamente reenviaremos su caso a la Organización Revisora Independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización Revisora Independiente en las siguientes 24 horas a partir de que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con éste u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. En la Sección 10 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización Revisora Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le proporcionan una respuesta en las siguientes 72 horas.

- **La Organización Revisora Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene conexión con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse de ser la Organización Revisora Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización Revisora Independiente volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle el pago) de la parte del costo que nos corresponde por la atención recibida a partir de la fecha en que determinamos que debía finalizar la cubierta. También debemos continuar proporcionando la cubierta de la atención mientras sea necesaria por razones médicas. Usted debe continuar pagando la parte de los costos que le

-
-

corresponde. Si existen limitaciones de la cubierta, éstas podrían limitar la cantidad que debemos reembolsarle o el tiempo durante el cual debemos continuar la cubierta de sus servicios.

- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que acepta la decisión tomada por nuestro plan en relación con la primera apelación y no la modificará.
 - El aviso que reciba de la Organización Revisora Independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Éste le proporcionará los detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización Revisora Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan la Apelación de Nivel 2, puede elegir si acepta esa decisión o pasa al Nivel 3 y realiza otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez.
- En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCION 9 Cómo presentar la apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Apelaciones por Servicios Médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, posiblemente pueda pasar a los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor al mínimo, no podrá realizar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que recibirá por su Apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se detalla quién está a cargo de la apelación en cada uno de estos niveles.

Nivel de Apelación 3	Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. Éste es un “Juez de derecho administrativo”.
-----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- **Si el Juez de Derecho Administrativo acepta su apelación, el proceso de apelación puede o no finalizar:** decidiremos si se debe apelar la decisión en el Nivel 4. A

diferencia del Nivel 2 (Organización Revisora Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en los siguientes 60 días después de recibir la decisión del juez.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos que correspondan. Podemos aguardar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en cuestión.
- **Si el Juez de Derecho Administrativo rechaza su apelación, el proceso de apelación puede o no finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el nivel siguiente del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará qué hacer si decide continuar con la apelación.

Nivel de Apelación 4	El Consejo de Apelaciones de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones de Medicare trabaja para el gobierno federal.
-----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- **Si la respuesta es positiva, o si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de Apelación de Nivel 3, el proceso de apelación puede o no finalizar:** decidiremos si se debe apelar la decisión en el Nivel 5. A diferencia del Nivel 2 (Organización Revisora Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en las siguientes 60 días después de recibir la decisión del Consejo de Apelaciones de Medicare.
 - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede o no finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará si las normas le permiten pasar a la Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién ponerse en contacto y qué hacer si decide continuar con la apelación.

Nivel de	Un juez del Tribunal del Distrito Federal revisará su apelación.
-----------------	-------------------------------------------------------------------------

Apelación 5

- Éste es el último paso del proceso administrativo de apelaciones.

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha realizado una Apelación de Nivel 1 y 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del medicamento que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, posiblemente pueda pasar a los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor al mínimo, no podrá realizar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que recibirá por su Apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se detalla quién está a cargo de la apelación en cada uno de estos niveles.

Nivel de Apelación 3	Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. Éste es un “Juez de derecho administrativo”.
-----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelación habrá finalizado.** Se ha aprobado lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionarle la cubierta del medicamento** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo **en las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago antes de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede o no finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el nivel siguiente del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará qué hacer si decide continuar con la apelación.

Nivel de Apelación 4	El Consejo de Apelaciones de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones de Medicare trabaja para el gobierno federal.
-----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelación habrá finalizado.** Se ha aprobado lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionarle la cubierta del medicamento** que fue aprobada por el Consejo de Apelaciones de Medicare **en las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago antes de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.

- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *puede o no* finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará si las normas le permiten pasar a la Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién ponerse en contacto y qué hacer si decide continuar con la apelación.

Nivel de Apelación 5	Un juez del Tribunal del Distrito Federal revisará su apelación.
---------------------------------	-------------------------------------------------------------------------

- Ésta es el último paso del proceso de apelación.

PRESENTANDO DE QUEJAS

SECCION 10 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, el tiempo de espera, el servicio al cliente y otras preocupaciones**



Si su problema está relacionado con las decisiones sobre beneficios, la cubierta o pagos, esta sección *no es para usted*. En su lugar, debe utilizar el proceso de decisiones de cubierta y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se atienden en el proceso de quejas?

Esta sección explica cómo utilizar el proceso para la presentación de quejas. Este proceso se utiliza *sólo* para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, se detallan algunos ejemplos de los tipos de problemas que se atienden en el proceso de quejas.

Si tiene alguno de los siguientes tipos de problemas, puede “presentar una queja”

Calidad de la atención médica

- ¿No está conforme con la calidad de la atención médica que recibe (incluyendo la atención del hospital)?

Respeto de su privacidad

- ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera debe ser confidencial?

Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas

- ¿Alguna persona fue descortés o le faltó al respeto?
- ¿No está conforme con el trato que recibe de Servicios al Cliente?
- ¿Siente que lo incentivan a abandonar el plan?

Tiempos de espera

- ¿Tiene problemas para obtener una cita, o debe esperar demasiado para obtenerla?
- ¿Ha tenido que esperar a médicos, farmacéuticos u otros profesionales del cuidado de la salud durante mucho tiempo? ¿O a Servicios al Cliente u otro personal del plan?
 - Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera, cuando recibe una receta o en la sala de exámenes.

Limpieza

- ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio del médico?

Información que recibe de nuestra parte

- ¿Considera que no ha recibido un aviso que debemos proporcionarle?
- ¿Considera que la información por escrito que le proporcionamos es difícil de entender?

La página siguiente tiene más ejemplos de posibles motivos para presentar una queja

Posibles quejas (continuación)

Todos estos tipos de quejas están relacionados con la *puntualidad* de nuestras acciones con respecto a las decisiones de cubierta y apelaciones

El proceso para la solicitud de una decisión de cubierta y la presentación de apelaciones se explica en las secciones 4-9 de este capítulo. Si solicita una decisión o presenta una apelación, utiliza ese proceso, no el proceso de quejas.

Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cubierta o presentó una apelación y considera que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja debido a la lentitud. Estos son algunos ejemplos:

- Si nos solicitó que le demos una “respuesta rápida” para una decisión de cubierta o apelación y la rechazamos, puede presentar una queja.
- Si considera que no cumplimos con los plazos para proporcionarle una decisión de cubierta o una respuesta a una apelación que realizó, puede presentar una queja.
- Cuando se revisa una decisión de cubierta que tomamos y se nos informa que debemos proporcionarle la cubierta o el reembolso por determinados servicios médicos o medicamentos, se aplican plazos. Si considera que no cumplimos con dichos plazos, puede presentar una queja.
- Cuando no le proporcionamos una decisión a tiempo, debemos reenviar su caso a la Organización Revisora Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”

Términos Legales

- Lo que se llama “queja” en esta sección,

también se conoce como “**queja formal**”.

- Otro nombre para “**realizar una queja**” es “**presentar una queja formal**”.
- Otra forma de decir “**utilizar el proceso de quejas**” es “**utilizar el proceso de presentación de una queja formal**”.

Sección 10.3 Paso a paso: presentación de una queja

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

Usualmente, llamando a **Servicios al Cliente es el primer paso**. Si hay algo más que necesita hacer, Servicios al Cliente le dejara saber. Favor de llamar a nuestra línea de servicio 1-888-620-1919 (llamadas a este número son gratis)

TTY: 1-866-620-2520, *Lunes a Domingo de 8:00 am a 8:00pm*

- **Si usted no desea llamar (o usted llama y no fue satisfactoria), usted puede poner su queja por escrito y enviarlo a nosotros.** Si usted hace esto, significa que nosotros usaremos nuestro proceso *formal* para contestar querellas. Así es como funciona.

Si tiene una queja, usted o su representante pueden llamar al número de teléfono que aparece en la Parte C Querellas o la Parte D de Querellas. Trataremos de resolver cualquier queja que tenga por teléfono. Si solicita una respuesta por escrito a su queja por teléfono, le responderemos por escrito. **Si no puede resolver su queja por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar quejas. Le llamamos procedimiento de Querellas.** Toda queja será resuelta en 30 días. Si su salud, vida o habilidad de recuperar funciones al máximo se vería afectada por el proceso estándar, expediremos su querella y la resolveremos en 72 horas. Puede comunicarse con Servicio al Cliente llamando al número que aparece en la portada de este folleto. También puede enviar su queja escrita por fax al 797-620-0929; enviarla por correo a American Health Medicare, PO Box 11320, San Juan, Puerto Rico 00922 o visitarnos en Metro Office Park, Lote 18, Suite 300, Guaynabo, Puerto Rico 00966. Si usted ha designado un representante para que someta su queja o querella, él/ella tendrá que presentar una Declaración de Designación que incluya su nombre, su número de Medicare, una declaración que designe a la persona como su representante (“Yo, (nombre del afiliado) designo a (nombre del representante) para actuar como mi representante para someter una queja a mi nombre. Usted y su representante tienen que firmar y fechar el documento. Si no provee este documento, nuestra respuesta podría retrasarse.

A usted o a su representante se le pedirá que firme un Relevé de Récord Médico si American Health Medicare piensa que es necesario verlos para poder resolver su queja/querella.

-
-

Nosotros tenemos que notificarle nuestra decisión respecto a su queja tan pronto como su caso lo requiera basado en su estado de salud, pero no más tarde de 30 días calendario a partir de recibir su queja. Este límite de tiempo podría extenderse por hasta 14 días más, si usted solicita la extensión o si nosotros justificamos la necesidad de información adicional y el retraso va en su mejor interés. Si usted está insatisfecho con nuestra determinación y su queja/querella no era con relación a calidad de cuidado o calidad de servicio, usted puede solicitar una vista ante el Comité de Manejo de Calidad. La vista se pautará para 14 días calendario a partir de su solicitud. A usted se le notificará la fecha de la vista al menos 5 días laborables previos a la visita. Asuntos de calidad de cuidado/calidad de servicio son resueltos a través del Comité de Revisión de Iguales y a usted se le notificará el resultado por escrito.

Debemos manejar su querella tan rápido como requiera su caso basado en su estatus de salud, pero no mas tarde de 30 días luego de recibir su queja. Podemos extender el periodo hasta unos 14 días si usted solicita una extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y el atraso es en su mejor interés.

La querella debe ser sometida dentro de 60 días del incidente. Debemos manejar su querella tan rápido como requiera su caso basado en su estatus de salud, pero no mas tarde de 30 días luego de recibir su queja. Podemos extender el periodo hasta unos 14 días si usted solicita una extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y el atraso es en su mejor interés.

- **Así sea llamando o escribiendo, usted debería contactar Servicios al Cliente de inmediato.** La queja deberá ser hecha dentro de 60 días después de que tuvo su problema por el cual se quejo.
- **Si usted está sometiendo una queja por nosotros haber negado su solicitud de “respuesta rápida” para una decisión de cubierta o apelación, nosotros automáticamente le damos una queja “rápida”.** Si usted tiene una queja “rápida”, esto significa que nosotros le daremos una contestación dentro de 24 horas.

Términos Legales	Lo que se llama “queja rápida” en esta sección, también se conoce como “queja acelerada”
-------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

Paso 2: Revisamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de forma inmediata.** Si nos llama por una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su condición de salud requiere que le respondamos con rapidez, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficiará o usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja.
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja de forma parcial o total, o no asumimos responsabilidad por el problema por el cual presenta la queja, le informaremos. Nuestra

respuesta incluirá nuestros motivos para la respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo o no con la queja.

Sección 10.4	Usted también puede quejarse sobre la calidad del cuidado con la Organización para el Mejoramiento de Calidad
---------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Usted puede quejarse sobre la calidad del cuidado que recibió de nuestro plan utilizando los pasos que incluimos anteriormente.

Tiene dos alternativas adicionales cuando su queja es sobre calidad del cuidado:

- **Usted puede someter su queja a la Organización de Mejoramiento de Calidad.** Si usted prefiere, usted puede someter su queja sobre la calidad de cuidado que recibió directamente a esta organización (sin someter la queja a nuestro plan).
 - La Organización de Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud pagados por el Gobierno Federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, dirección, y número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado, favor de ver Capítulo 2, Sección 4, de este documento. Si usted hace una queja a esta organización, nosotros trabajaremos junto con ellos para resolver su queja.
- **O usted puede someter una queja a ambos al mismo tiempo.** Si usted desea, puede someter una queja acerca de la calidad de cuidado de nuestro plan y también a la Organización de Mejoramiento de Calidad.