

Póngase en contacto con nosotros sobre quejas, reclamaciones, apelaciones y excepciones. Para solicitudes estándar o aceleradas llame al (877) 874-3930 · 2701 E. Elvira Rd., Tucson, AZ 85756

---

## **SECCIÓN 1      Introducción:**

---

|  |
|--|
| <b>Sección 1.1      ¿Qué hacer si tiene algún problema o duda?</b> |
|--|

En este capítulo se explican los dos tipos de procesos formales para manejar los problemas y las dudas: El proceso que debe usar para tratar su problema depende de dos cosas:

1. Si su problema está relacionado con beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si usted desea ayuda decidiendo si debe de usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente. (Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual.)
2. El tipo de problema que usted tiene:
  - Para algunos tipos de problemas debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y presentar una apelación**.
  - Para otros tipos de problemas debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**.

Ambos procesos fueron aprobados por Medicare Para garantizar el trato equitativo e inmediato de sus problemas, cada proceso cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos respetar.

¿Cuál debe utilizar? La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado a utilizar.

|   |
|---|
| <b>Sección 1.2      ¿Qué ocurre con los términos legales?</b> |
|---|

Existen términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se detallan en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de comprender.

Para simplificar, en este capítulo se explican los procedimientos y normas legales mediante palabras más sencillas en lugar de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se habla de “realizar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” y “Organización Revisora Independiente” en lugar de “Entidad Revisora Independiente”. Además, se utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil (y en algunos casos, realmente importante) que conozca los términos legales correctos para su situación. Conocer qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión al atender su problema y obtener la ayuda o la información adecuada

para su situación. Para ayudarle a conocer qué términos debe utilizar, incluimos términos legales al proporcionar detalles sobre cómo manejar tipos específicos de situaciones. Para ayudarle a conocer qué términos debe utilizar, incluimos términos legales al proporcionar detalles sobre cómo manejar tipos específicos de situaciones.

---

## **SECCIÓN 2      Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros**

---

|  |
|--|
| <b>Sección 2.1      <i>Dónde obtener más información y ayuda personalizada</i></b> |
|--|

En ocasiones, puede resultar confuso comenzar o llevar a cabo el proceso indicado para resolver un problema. Esto es particularmente cierto si no se siente bien o si no tiene demasiada energía. En otros casos, es posible que no tenga los conocimientos necesarios para dar el siguiente paso.

### **Reciba ayuda de una organización del gobierno independiente**

**Siempre estamos aquí para ayudarle.** Pero en determinadas situaciones también puede pedir la ayuda o la orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. **Siempre puede ponerse en contacto con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP).** Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no tiene conexión con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. Los consejeros del programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre qué debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratis. Los números de teléfono están en el Capítulo 2, Sección 3, de este manual.

### **También puede recibir ayuda e información en Medicare.**

Para obtener más información y recibir ayuda para tratar un problema, también puede ponerse en contacto con Medicare. A continuación, le presentamos dos formas de obtener información directa de Medicare:

- **Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para usuarios TTY, llame al 1-877-486-2048.**
- **Puede visitar el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>).**

**También puede recibir ayuda e información en Medicaid.**

|  |   |
|--|---|
| Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) |   |
| <b>LLAME</b>   | En el condado de Maricopa, llame al Tel. (602) 417-4700<br><br>El resto del estado, llame al (900) 654-8713 |
| <b>ESCRIBA</b>                                       | 801 E. Jefferson Street<br>Phoenix, AZ 85034  |
| <b>SITIO WEB</b>                                     | www.azahcccs.gov  |

**SECCIÓN 3      Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar?**

**Sección 3.1      *Debe utilizar el proceso de los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?***

Debido a que usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, usted tiene diferentes procesos que puede utilizar para tratar sus problemas o quejas. Cual proceso usa depende de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicare, entonces usted tiene que utilizar el proceso de Medicare. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicaid, entonces usted tiene que utilizar el proceso de Medicaid. Si usted desea ayuda decidiendo si debe de usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente. (Los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual.)

E proceso de Medicare y el proceso de Medicaid están descritos en diferentes partes de este capítulo. Para informarse de cuál parte de debe de leer, utilice la tabla a continuación.

Para averiguar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o preocupación específicos, **COMIENCE AQUÍ**

**¿Está su problema relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid??**

**(Si usted desea ayuda decidiendo si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente.)**

Mi problema es acerca de beneficios o cobertura.

Consulte la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, “Tratando problemas sobre sus beneficios de Medicare.”**

*Mi problema es acerca de beneficios de Medicaid.*

Avance a la **Sección 12** de este capítulo: **“Tratando problemas sobre sus beneficios de Medicaid.”**

## PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

### SECCIÓN 4 **Tratando problemas acerca de sus beneficios de Medicare**

**Sección 4.1** *¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?*

Si tiene un problema o duda, simplemente debe leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La siguiente guía lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para los problemas y las quejas sobre **los beneficios cubiertos por Medicare.**

Para averiguar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o preocupación sobre los beneficios **Medicare**, utilice esta gráfica:

### ¿Su problema o preocupación es acerca de sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas acerca de la cobertura o no de atención médica o medicamentos recetados en particular, la forma en que están cubiertos, y problemas relacionados con el pago de atención médica o medicamentos recetados).

| <b>Sí.</b>   | <b>No.</b>  |
|--|---|
| <p>Mi problema es acerca de beneficios o cobertura.</p> <p>Consulte la sección siguiente de este capítulo, <b>Sección 5, “Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y solicitudes de apelación.”</b></p> | <p>Mi problema <u>no</u> es acerca de beneficios o cobertura. Avance a la <b>Sección 11</b> al final de este capítulo: <b>“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, el tiempo de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones”.</b></p> |

## **SECCIÓN 5**      **Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones**

### **Sección 5.1**      **Solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones: panorama general**

El proceso de decisiones de cobertura y solicitudes de apelaciones se encarga de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que se utiliza para asuntos tales como si se cubre un servicio/medicamento o no y cómo está cubierto.

#### **Solicitud de decisiones de cobertura**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos o servicios médicos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué tiene cubierto y cuánto pagaremos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica por parte de su médico de la red si éste lo refiere a un especialista médico. También puede comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico en particular o si le niega atención médica que usted considera necesaria. En otras palabras, en caso de que desee saber si

cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.

En algunos casos podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o Medicare ya no lo cubre en su caso. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

### **Cómo presentar una apelación**

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está de acuerdo, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitar una revisión y cambiar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando solicita una apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si cumplimos correctamente todas las normas. Su apelación será evaluada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original desfavorable. Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

**Si rechazamos una parte o toda la Apelación de Nivel 1, puede presentar una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 es realizada por una organización independiente que no tiene conexión con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una Apelación de Nivel 2. Si eso sucede, se lo informaremos. En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2.) Si no está de acuerdo con la decisión de la Apelación de Nivel 2, puede avanzar varios niveles de apelación más.**

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>Sección 5.2</b> | <b><i>Cómo recibir ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación</i></b> |
|--------------------|---|

¿Desea ayuda? A continuación presentamos algunos recursos que tal vez quiera utilizar si decide solicitar alguna decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos al Centro de Atención al Cliente** (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).
- Para **recibir ayuda gratuita de una organización independiente** que no tenga conexión con nuestro plan, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico u otro proveedor puede realizar una solicitud por usted.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 1, debe designar a su médico u otro proveedor como su representante.
- **Puede solicitar que otra persona actúe en su nombre. Si lo desea, puede designar a una persona que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.**

- Es posible que ya exista una persona autorizada legalmente para actuar como su representante según la Ley Estatal.
- Si desea que un amigo, familiar, su médico, otro proveedor, o alguna otra persona sea su representante, llame al Centro de Atención al Cliente y pida el formulario “Nombramiento de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en [www.universitycareadvantage.com](http://www.universitycareadvantage.com). El formulario le proporciona a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
- **Usted también tiene el derecho de contratar a un abogado para que le represente.** Usted puede comunicarse con su propio abogado, u obtener el nombre de un abogado de la asociación de abogados local o un servicio de recomendación. Si usted califica, también existen grupos que pueden proveerle con servicios legales gratuitos. Sin embargo, no está obligado a contratar un abogado para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

**Sección 5.3**      **¿Qué sección de este capítulo proporciona la información detallada para su situación?**

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Dado que cada situación tiene sus propias normas y plazos, proporcionamos los detalles de cada una de ellas en diferentes secciones:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: • cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: • cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo”
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está terminando antes de tiempo” (*Se aplica sólo a los siguientes servicios: servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF)*).

Si no está seguro qué sección debe consultar, llame al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). También puede obtener información o ayuda de organizaciones del gobierno, como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (los números de teléfono de este programa están en el Capítulo 2, Sección 3, de este manual).

## SECCIÓN 6 “Su atención médica: Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”



¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Guía de “lo básico” sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*)?

Si no lo hizo, es posible que desee leerla antes de comenzar esta sección.

**Sección 6.1** *En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de un servicio médico o si desea que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde de su atención médica*

Esta sección trata sobre sus beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. Para simplificar, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de la sección, en lugar de repetir “atención médica o tratamiento o servicios” cada vez que aparece

Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en una de las cinco situaciones siguientes:

1. No recibe determinada atención médica que desea y considera que está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea proporcionarle y usted considera que dicha atención está cubierta por el plan.3. Recibió los servicios o la atención médica que considera que debe cubrir el plan, pero hemos determinado que no pagaremos esa atención.4. Recibió y pagó los servicios o la atención médica que considera que debe cubrir el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso de esa atención.
5. Se le notifica que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos con anterioridad, se reducirá o interrumpirá y considera que la reducción o interrupción podría perjudicar su salud.
  - **AVISO: Si la cobertura que se interrumpirá corresponde a los servicios de internación, cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF), debe leer una sección separada de este capítulo dado que para estos tipos de atención se aplican normas especiales. Aquí le indicamos qué debe leer en estas situaciones:**
    - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitar una estadía en el hospital más prolongada si considera que le solicitan que salga del hospital antes de tiempo.*
    - Capítulo 9, Sección 9: *Cómo solicitar que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está terminando*

*antes de tiempo.* Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: servicios de cuidado de la salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada y en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF). Para *todas las demás* situaciones donde se le comunique que se interrumpirá la atención médica que estuvo recibiendo, utilice esta sección (Sección 5) como una guía para saber qué puede hacer.

| <b>¿En cuál de estas situaciones se encuentra?</b>   |  |
|--|--|
| <b>Si se encuentra en esta situación:</b>  | <b>Puede hacer lo siguiente:</b>   |
| ¿Desea averiguar si cubriremos la atención médica o servicios que usted desea?   | Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.<br><br>Consulte la siguiente sección de este capítulo, <b>Sección 5.2</b>    |
| ¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la manera en que usted desea que sea cubierto o pagado? | Puede presentar una apelación. (Significa que nos pide que lo reconsideremos).<br><br>Avance a la <b>Sección 6.3</b> de este capítulo. |
| ¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de atención médica o servicios que ya recibió y pagó?                          | Puede enviarnos la factura.<br><br>Avance a la <b>Sección 6.5</b> de este capítulo.  |

**Sección 6.2**

***Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea)***

**Términos Legales**

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se conoce como **“determinación de organización”**.

**Paso 1: Usted pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que solicita. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitarnos una “decisión rápida”.**

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Términos Legales</b> | A la “decisión rápida” se le conoce como “determinación acelerada”. |
|-------------------------|---|

*Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea*

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que le proporcionemos la cobertura de la atención médica que desea. Puede hacerlo usted, su médico o su representante.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vea el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura acerca de su atención médica*.

*En general, utilizamos los plazos estándar para informarle nuestra decisión.*

Cuando le informemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar”, a menos que hayamos aceptado emplear los plazos “rápidos”. **Una decisión estándar significa que le daremos una respuesta en los siguientes 14 días** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo, podemos tomar hasta 14 días calendario más** si solicita más tiempo o si necesitamos más información (como registros médicos) que pudiera beneficiarlo. Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
- Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en las siguientes 24 horas. (El proceso para la presentación de una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

*Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión rápida”.*

- **Una decisión rápida significa que responderemos dentro de las siguientes 72 horas.**
  - **Sin embargo, podemos tomar hasta 14 días calendario más** si notamos que falta información que podría beneficiarlo o si necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos extendernos, le informaremos por escrito. Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
  - Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. (Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo

quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Nosotros nos comunicaremos con usted tan pronto tomemos la decisión.

- **Para recibir una decisión rápida debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión rápida *sólo* si solicita la cobertura de atención médica *que no aún no recibió*. (No puede obtener una decisión rápida si su solicitud está relacionada con el pago de atención médica que ya recibió).
  - Puede obtener una decisión rápida *sólo* si el uso de plazos estándar podría *ocasionar daños graves en su salud o perjudicar su capacidad física*.
- **Si el médico nos informa que su estado de salud requiere una “decisión rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarla.**
- Si solicita una decisión rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le proporcionemos una decisión rápida.
  - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta informándole (y, en su lugar, emplearemos los plazos estándar).
  - Esta carta le informará que si su médico solicita una decisión rápida, automáticamente la proporcionaremos.
  - Además, le informará de qué manera puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar en lugar de la decisión rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

## **Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le comunicamos nuestra respuesta.**

### *Plazos para una decisión de cobertura “rápida”*

- Por lo general, para una decisión rápida, le comunicaremos nuestra respuesta **dentro de las siguientes 72 horas**.
  - Como se explicó antes, podemos tomar hasta 14 días calendario más en determinadas circunstancias. Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
  - Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en las siguientes 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le comunicamos nuestra respuesta en las siguientes 72 horas (o si existe un período de extensión, al finalizar ese período), tiene derecho a apelar. En la Sección 6.3 a continuación se le indica cómo presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica acordada en las siguientes 72 horas después de recibir su solicitud. Si extendimos el plazo necesario para tomar una decisión, proporcionaremos la cobertura al finalizar el período de extensión.
- **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 cobertura “estándar”*

- Por lo general, para una decisión estándar, le comunicaremos nuestra respuesta **en los siguientes 14 días después de recibir su solicitud.**
  - Podemos tomar hasta 14 días calendario más (“período de extensión”) en determinadas circunstancias. Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
  - Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en las siguientes 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le comunicamos nuestra respuesta en los siguientes 14 días (o si existe un período de extensión, al finalizar ese período), tiene derecho a apelar. En la Sección 6.3 a continuación se le indica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica acordada en los siguientes 14 días después de recibir su solicitud. Si extendimos el plazo necesario para tomar una decisión, proporcionaremos la cobertura al finalizar el período de extensión.
- **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 cobertura de atención médica, usted decide si presenta una apelación.**

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos (y, tal vez, cambiemos) esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa intentar nuevamente obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 6.3 a continuación).

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Sección 6.3</b> | <b><i>Paso a paso: (Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)</i></b> |
|--------------------|--|

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Términos Legales</b> | Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura de atención médica se le conoce como “reconsideración” del plan. |
|-------------------------|--|

**Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud exige una respuesta inmediata, debe solicitar una “apelación rápida”.**

*Qué debe hacer*

- **Para comenzar una apelación, usted, su médico o su representante debe comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, vea el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su atención médica.*
- **Si solicita una apelación estándar, hágala por escrito enviando una solicitud firmada.**
  - Si otra persona que no sea su médico presenta una apelación a nuestra decisión por usted, su apelación debe incluir el formulario “Nombramiento de un representante” que autorice a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame al Centro de Atención al Cliente y solicite el formulario “Nombramiento de un representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en [www.universitycareadvantage.com](http://www.universitycareadvantage.com). Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario en los siguientes 44 días después de recibir su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se enviará a la Organización Revisora Independiente para su anulación.
- **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 relacionada con su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en las siguientes 60 días calendario** desde de la fecha en que enviamos el aviso escrito para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y tiene un buen motivo para que se haya vencido, podemos darle más tiempo para presentar 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 relacionada con su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
  - Usted también tiene el derecho de solicitarnos una copia de información relacionada con su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional que respalde su apelación.

*Si su estado salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede realizar una solicitud por teléfono).*

**Términos Legales** A una “apelación rápida” también se le conoce como “reconsideración acelerada”.

- Si está apelando una decisión que tomamos acerca de la cobertura de atención que aún no recibió, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los necesarios para obtener una “decisión rápida”. • Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión rápida. (Dichas instrucciones se detallaron antes en esta sección). (Dichas instrucciones se detallaron antes en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere una “apelación rápida”, aceptaremos proporcionarla.

## **Paso 2: Consideramos su apelación y le proporcionamos nuestra respuesta.**

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, repasamos minuciosamente una vez más toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Comprobamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud
- En caso de que sea necesario, recopilaremos más información. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

### *Solicitando una apelación rápida*

- Cuando 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.
  - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pudiera beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario más**. Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
  - Si no le comunicamos una respuesta en las siguientes 72 horas (o al finalizar el período de extensión, en caso de extendernos), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización independiente la revisará. Más adelante en esta sección le

informaremos sobre esta organización 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 autorizar o proporcionar la cobertura 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 un aviso de rechazo por escrito, informándole que enviamos automáticamente su apelación a la Organización Revisora Independiente para una Apelación de Nivel 2.

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

- Si utilizamos plazos estándar, debemos darle una respuesta **en los siguientes 30 días calendario** después de recibir su apelación, si ésta se trata de cobertura de servicios que aún no recibió. • Le informaremos nuestra decisión antes si su enfermedad así lo requiere.
  - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pudiera beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario más.**
  - Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en las siguientes 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le comunicamos una respuesta antes del plazo antes mencionado (o al finalizar el período de extensión, en caso de extendernos), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización externa independiente la revisará. 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 autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en las siguientes 30 días después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos un aviso de rechazo por escrito, informándole que enviamos automáticamente su apelación a la Organización Revisora Independiente para una Apelación de Nivel 2.

### **Paso 3: Si nuestro plan rechaza su apelación o parte de ella, el caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.**

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al rechazar su apelación, **debemos enviar su apelación a la “Organización Revisora Independiente”.** Al hacerlo, su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

## **Sección 6.4 Paso a paso: cómo presentar una Apelación 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 primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Términos Legales</b> | El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” es “ <b>Entidad Revisora Independiente</b> ”. A veces también se le conoce como “IRE” (por su sigla en inglés). |
|-------------------------|--|

### **Paso 1: La Organización Revisora Independiente revisa su apelación.**

- **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. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse de ser la Organización Revisora Independiente. Medicare supervisa su trabajo. Medicare supervisa su trabajo
- Le enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se conoce como “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a proporcionar a la Organización Revisora Independiente información adicional que respalde su apelación.
- Los revisores de la Organización Revisora Independiente repasarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

*Si se le proporcionó una apelación “rápida” en el Nivel 1, también se le proporcionará una **apelación “rápida”** en el Nivel 2*

- Si nuestro plan le proporcionó una apelación rápida en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en las siguientes 72 horas** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si la Organización Revisora Independiente debe recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede extenderse hasta 14 días calendario más.**

*Si se le proporcionó una apelación “estándar” en el Nivel 1, también se le proporcionará una **apelación “estándar”** en el Nivel 2*

- Si nuestro plan le proporcionó una apelación estándar en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2. La organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en los siguientes 30 días calendario** después de recibir su apelación.

- Sin embargo, si la Organización Revisora Independiente debe recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede extenderse hasta 14 días calendario más.**

### **Paso 2: La Organización Revisora Independiente le informa su respuesta.**

La Organización Revisora Independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización revisora acepta su solicitud, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en las siguientes 72 horas o proporcionar el servicio en los siguientes 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización revisora.
- **Si esta organización rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total,** significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe autorizarse. (Esto se conoce como “mantener la decisión”. También se lo conoce como “rechazo de su apelación”).
  - El aviso escrito que recibe de la Organización Revisora Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en discusión para continuar con el proceso de apelaciones. Por ejemplo, para continuar y realizar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de la atención médica que solicita debe cumplir con una cantidad mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura solicitada es demasiado bajo, no puede realizar otra apelación, lo cual significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva.

### **Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.**

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para 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 apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y realizar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo aparece en el aviso por escrito que recibió después de la Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es evaluada por un juez de derecho administrativo. En la Sección 10 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

**Sección 6.5**      **¿Qué sucede si nos solicita que paguemos la parte del costo que nos corresponde de una factura que usted recibió por atención médica?**

Si desea solicitarnos el pago de atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en que usted puede solicitar el reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También se indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

**La solicitud de reembolso es una solicitud de decisión de cobertura de nuestra parte**

Si envía la documentación para solicitarnos el reembolso, está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, evaluaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (vea el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*). También evaluaremos si usted siguió todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (dichas normas se proporcionan en el Capítulo 3 de este manual: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

**Aceptaremos o rechazaremos su solicitud**

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de la parte del costo que nos corresponde por su atención médica en los siguientes 60 días calendario después de recibir su solicitud. O, si no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago implica aceptar su solicitud de decisión de cobertura.)
- Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. . En su lugar, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos los servicios y nuestros motivos de esa decisión. El envío del pago implica aceptar su solicitud de decisión de cobertura.)

**¿Qué sucede si solicita el pago y nosotros le informamos que no pagaremos?**

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Presentar una apelación significa pedirnos que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

**Para realizar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la parte 5.3 de esta sección.**

Consulte esta parte para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si realiza una apelación para un reembolso, debemos darle una respuesta en los siguientes 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si solicita el reembolso del pago por la atención médica que ya recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida.)
- Si la Organización Revisora Independiente cambia la decisión de negar el pago, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor en los siguientes 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor en los siguientes 60 días calendario.

---

## SECCIÓN 7      **Sus medicamentos recetados de la Parte D: Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

---



¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Guía de “lo básico” sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*)?

Si no lo hizo, es posible que desee leerla antes de comenzar esta sección.

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>Sección 7.1</b> | <b><i>Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento recetado de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D</i></b> |
|--------------------|---|

Entre sus beneficios como miembro del plan se incluye la cobertura de muchos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios Medicare llama a estos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios “medicamentos de la Parte D”. Puede obtener estos medicamentos siempre que estén incluidos en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* de nuestro plan y el uso del medicamento sea una indicación aceptada por razones médicas. (Una “indicación aceptada por razones médicas” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) o respaldado por determinados libros de referencia. Vea el Capítulo 5, Sección 4 para obtener más información acerca de una indicación aceptada por razones médicas).

- **Esta sección sólo trata sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente utilizamos el término “medicamento” en el resto de la sección, en lugar de repetir “medicamento cubierto recetado para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez que aparece.
- Para obtener más información sobre el significado de medicamentos de la Parte D, la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, las normas y restricciones en la cobertura y la información sobre los costos, vea el Capítulo 5 (*Utilización de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

## Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Como se analizó en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Términos Legales</b> | Una decisión inicial de cobertura acerca de sus medicamentos de la Parte D se conoce como “ <b>determinación de cobertura</b> ”. |
|-------------------------|--|

A continuación, presentamos algunos ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos con relación a sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que realicemos una excepción, incluyendo:
  - La solicitud de cobertura de un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*.
  - La solicitud de anulación de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede recibir).
- Nos consulta si tiene cubierto un medicamento y si cumple con todas las normas de cobertura correspondientes (Por ejemplo, cuando el medicamento figura en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* pero requerimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos).
  - *Tenga en cuenta:* Si la farmacia le informa que no se puede presentar su receta tal como está escrita, usted recibirá un aviso por escrito que le explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que pagemos un medicamento recetado que ya compró Esta es una solicitud de decisión de cobertura sobre un pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la siguiente tabla que le ayuda a determinar qué parte contiene información para 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 norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Nos puede solicitar que realicemos una excepción. (Es un tipo de decisión de cobertura.)</p> <p>Comience con la <b>Sección 7.2</b> de este capítulo.</p> | <p>¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra lista de medicamentos y considera que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como obtener aprobación por anticipado) para el medicamento</p> <p>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</p> <p>Avance a la <b>Sección 7,4</b> de este capítulo.</p> | <p>¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p>Puede solicitarnos un reembolso. (Es un tipo de decisión de cobertura.)</p> <p>Avance a la <b>Sección 7,4</b> de este capítulo.</p> | <p>¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma en que usted lo desea?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Significa que nos pide que lo reconsideremos).</p> <p>Avance a la <b>Sección 7,5</b> de este capítulo.</p> |

**Sección 7.2**      **¿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 cobertura. De la misma forma que en otros tipos de decisiones de cobertura, 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. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no figure en nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario).** (Para abreviar le llamamos “lista de medicamentos”).

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Términos Legales</b> | La solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en la lista de medicamentos en ocasiones se conoce como solicitud de <b>“excepción al formulario”</b> . |
|-------------------------|---|

- Si aceptamos realizar una excepción y cubrimos un medicamento no incluido en la lista de medicamentos, deberá pagar la cantidad de costo compartido correspondiente a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción a la cantidad de copago o coseguro que le requerimos que pague por el medicamento.
- No puede solicitar la cobertura de ningún “medicamento excluido” u otro medicamento que no esté incluido en la Parte D que Medicare no cubre. (Para obtener más información acerca de los medicamentos excluidos, vea el Capítulo 5).

**2. Anulación de una restricción en nuestra cobertura 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).

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Términos Legales</b> | La solicitud de anulación de una restricción de cobertura de un medicamento en ocasiones se conoce como solicitud de <b>“excepción al formulario”</b> . |
|-------------------------|---|

- Las normas y restricciones adicionales de cobertura 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”). **(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 en etapas”).**
  - *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 coseguro que debe pagar por el medicamento.

- 3. Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido menor.** Cada medicamento de la Lista de medicamentos en uno de los 3 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.

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Términos Legales</b> | La solicitud de pago de un precio preferido menor por un medicamento cubierto no preferido en ocasiones se conoce como solicitud de una "excepción de nivel". |
|-------------------------|---|

- Si su medicamento se encuentra en el nivel 2 ó 3, usted puede solicitarnos que lo cubramos a la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos en el nivel 1. Esto reduciría la parte del costo que le corresponde por el medicamento.

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>Sección 7.3</b> | <b><i>Información importante que debe conocer acerca de la solicitud de excepciones</i></b> |
|--------------------|---|

### **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 7.5 se indica cómo presentar una apelación en caso de que rechazemos su solicitud.

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

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Sección 7.4</b> | <b>Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción</b> |
|--------------------|--|

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

*Qué debe hacer*

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribírnos o enviarnos un fax para realizar la solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Para obtener detalles, vea el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura acerca de su atención médica*. O si nos solicita el reembolso del pago de un medicamento, consulte la sección llamada *Dónde enviar la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por la atención médica o un medicamento recibido*.
- Usted o su médico, o alguien que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. En la Sección 5 de este capítulo se indica cómo otorgar un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante. También puede tener un abogado que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos el reembolso del pago de un medicamento,** comience por el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que puede ser necesario solicitar un reembolso. Además indica cómo enviarnos la documentación donde se nos solicite el reembolso de la parte del costo que nos corresponde de un medicamento que usted haya pagado.
- **Si solicita una excepción, presente la “justificación del médico”.** Su médico u otro profesional que receta debe proporcionar los motivos médicos de la excepción de medicamentos que está solicitando. (Esto se conoce como “justificación del médico”). Su médico u otro profesional que receta puede enviarnos por fax o correo la justificación. O bien, el médico o profesional que receta puede informarnos vía telefónica y, si fuera necesario, posteriormente enviar por fax o correo la declaración firmada. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información acerca de las solicitudes de excepción.

*Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión rápida”.*

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Términos Legales</b> | A la “decisión rápida” se le conoce como “determinación de cobertura acelerada”. |
|-------------------------|--|

- Cuando le informemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar”, a menos que hayamos aceptado emplear los plazos “rápidos”. Una decisión estándar

implica que la respuesta será informada en las siguientes 72 horas después de haber recibido la justificación del médico. Una decisión rápida significa que responderemos dentro de las siguientes 24 horas.

- **Para recibir una decisión rápida debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede recibir una decisión rápida *sólo* si solicita *un medicamento que aún no recibió*. (No puede recibir una decisión rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya compró).
  - Puede obtener una decisión rápida *sólo* si el uso de plazos estándar podría *ocasionar daños graves en su salud o perjudicar su capacidad física*.
- **Si el médico u otro profesional que recete nos informa que su salud requiere una “decisión rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida.**
- Si solicita una decisión rápida por su cuenta (sin el respaldo del médico u otro profesional que receta), decidiremos si su salud requiere una decisión rápida de nuestra parte.
  - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta informándole (y, en su lugar, emplearemos los plazos estándar).
  - Esta carta le informará que si el médico o el profesional que receta solicita la decisión rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - Además, le informará cómo presentar una queja acerca de nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar en lugar de la decisión rápida solicitada. Le informará cómo presentar una queja “rápida”, que significa que recibirá nuestra respuesta a su reclamación en las siguientes 24 horas. (El proceso para la presentación de una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

**Paso 2: Consideramos su solicitud y le proporcionamos nuestra respuesta. Plazos para una decisión de cobertura “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 cobertura 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 cobertura "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 proporcionaremos 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 cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** 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 cobertura "estándar" acerca de un medicamento que aún no recibió*

- 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 cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.**

- Si decidimos que no, usted tiene el derecho a solicitar una apelación. La solicitud de una apelación significa solicitarnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, nuestra decisión ya tomada.

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Sección 7.5</b> | <b><i>Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura que tomó nuestro plan)</i></b> |
|--------------------|--|

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Términos Legales</b> | Una apelación al plan en relación con la cobertura 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 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.** [
- **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 presentar su solicitud de apelación en las siguientes 60 días calendario** desde de la fecha en que enviamos el aviso escrito para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y tiene un buen motivo para que se haya vencido, podemos darle más tiempo para presentar 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 también tiene el derecho de solicitarnos una copia de 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”.*

**Términos Legales** A una “apelación rápida” también se le conoce como “reconsideración 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 cobertura. 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. *Solicitando 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 autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica acordada en los siguientes 72 días después de recibir su solicitud.
  - **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 cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** 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 7.6 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.

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Términos Legales</b> | El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” es “ <b>Entidad Revisora Independiente</b> ”. A veces también se le conoce como “IRE” (por su sigla 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 “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**

- 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 cobertura 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 cobertura, debemos **proporcionarle la cobertura 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 cobertura del medicamento que solicita debe cumplir con una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura solicitada es demasiado bajo, no puede realizar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso escrito que recibe de la Organización Revisora Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en discusión para continuar con el proceso de apelaciones.

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

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para 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 apelaciones, 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 10 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

## **SECCIÓN 8      Cómo solicitarnos la cobertura 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 cobertura para su atención en el hospital, incluidas las limitaciones de la cobertura, vea el Capítulo 4 de este manual: *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 cobertura 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.

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Sección 8.1</b> | <b><i>Durante la estadía en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos</i></b> |
|--------------------|--|

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 al Centro de Atención 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 deben llamar al 1-877-486-2048. Para usuarios TTY, llame 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.

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Términos Legales</b> | El aviso escrito de Medicare le informa cómo puede “ <b>solicitar una revisión inmediata</b> ”. 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 8.2 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 al Centro de Atención 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](http://www.cms.gov/BNI/12_HospitalDischargeAppealNotices.asp).

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>Sección 8.2</b> | <b><i>Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital</i></b> |
|--------------------|---|

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 al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). 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.**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Términos Legales</b> | 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 manual).

### 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 8.4.

### 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.

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Términos Legales</b> | Una “ <b>revisión rápida</b> ” también se conoce como “ <b>revisión inmediata</b> ” o “ <b>revisión acelerada</b> ”. |
|-------------------------|--|

## **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 cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero usted puede hacerlo si 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.

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Términos Legales</b> | Esta explicación por escrito se conoce como “ <b>Aviso detallado de alta</b> ”. Para obtener una muestra de este aviso, llame al Centro de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (Para usuarios TTY, llame al 1-877-486-2048.) También puede obtener una muestra del aviso en línea en <a href="http://www.cms.hhs.gov/BNI/">http://www.cms.hhs.gov/BNI/</a> |
|-------------------------|---|

**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 manual). (Vea el Capítulo 4 de este manual).

*¿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 cobertura 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.

**Pasó 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. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelación.

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>Sección 8.3</b> | <b><i>Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital</i></b> |
|--------------------|---|

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 cobertura 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 cobertura 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 cobertura.

*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.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Esto 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 apelaciones 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 10 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Sección 8.4</b> | <b>¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1?</b> |
|--------------------|--|

**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.

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Términos Legales</b> | Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como “ <b>apelación acelerada</b> ”. |
|-------------------------|---|

**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 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 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 cobertura. (Usted debe pagar la parte del costo que le corresponde y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si le damos una respuesta negativa a su apelación rápida,** significa que la fecha de alta programada era adecuada por razones médicas. Nuestra cobertura de servicios hospitalarios termina a partir del día en que determinamos que finalizaba la cobertura.
  - 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. ”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.

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Términos Legales</b> | El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” es “ <b>Entidad Revisora Independiente</b> ”. A veces también se le conoce como “IRE” (por su sigla 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 11 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. Medicare supervisa su trabajo
- Los revisores de la Organización Revisora Independiente volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación de alta del hospital.
- **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. Debemos continuar la cobertura 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 cobertura, éstas podrían limitar la cantidad que debamos reembolsarle o el tiempo durante el cual debemos continuar la cobertura 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 apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de 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 10 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

**SECCIÓN 9      Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando antes de tiempo**

---

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Sección 9.1</b> | <b><i>Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: servicios de cuidado de la salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada y en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF).</i></b> |
|--------------------|--|

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 cobertura que pudiera aplicarse, vea el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*

Cuando decidimos que es momento de interrumpir la cobertura de cualquiera de los tres tipos de atención, debemos informárselo con anticipación. Cuando termine la cobertura de la atención, *dejaremos de pagar la parte del costo que nos corresponde por la atención.*

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

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Sección 9.2</b> | <b><i>Le informaremos con anticipación cuando termine su cobertura</i></b> |
|--------------------|--|

**1. Usted recibe un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura 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 cobertura 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 cobertura durante un período más prolongado.

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Términos Legales</b> | Al indicarle qué puede hacer, el aviso escrito le está indicando cómo puede solicitar una <b>“apelación por vía rápida”</b> . La solicitud de una apelación por vía rápida constituye una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura en cuanto al momento de interrumpir su atención. (En la Sección 9.3 a continuación se indica cómo puede solicitar una apelación por vía rápida). |
|-------------------------|--|

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Términos Legales</b> | El aviso escrito se conoce como <b>“Aviso de no cobertura de Medicare”</b> . Para obtener una copia de muestra, llame al Centro de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, las 24 horas, los 7 días de la semana. Para usuarios TTY, llame al 1-877-486-2048.) También puede ver una copia en línea en <a href="http://www.cms.hhs.gov/BNI/">http://www.cms.hhs.gov/BNI/</a> |
|-------------------------|---|

**2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo ha recibido.**

- Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (En la Sección 5 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 cuando su cobertura terminará. **Firmarlo no implica que está de acuerdo** con el plan en que es momento de interrumpir el servicio de atención.

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Sección 9.3</b> | <b><i>Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado</i></b> |
|--------------------|--|

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 éste u otros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en algún momento, llame al Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). 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. Debe actuar con rapidez.**

*¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de Calidad?*

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos del 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 cobertura 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 manual).

*¿Qué debe solicitar?*

- Solicite a esta organización que realice una revisión independiente de si es adecuado por razones médicas que interrumpamos la cobertura 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 cobertura 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 9,5.

**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 cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero usted puede hacerlo si 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 cobertura de sus servicios.

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Términos Legales</b> | Esta explicación por escrito se conoce como “Explicación detallada de no cobertura”. |
|-------------------------|--|

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Términos Legales</b> | Esta explicación por escrito se conoce como “Aviso detallado de alta”. |
|-------------------------|--|

**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 manual).

*¿Qué sucede si los revisores no aceptan su apelación?*

- Si los revisores rechazan su apelación, **la cobertura 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 cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por esa atención.

**Pasó 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea realizar 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 cobertura de atención, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelación.

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Sección 9.4</b> | <b><i>Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado</i></b> |
|--------------------|--|

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación y usted elige continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura, 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 cobertura.

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 cobertura. **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 cobertura. Debemos continuar proporcionando cobertura 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 cobertura.

*¿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. Esto 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 10 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>Sección 9.5</b> | <b><i>¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1?</i></b> |
|--------------------|---|

**En su lugar, puede apelar ante nosotros**

Como se explicó en la Sección 9.3, 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 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.

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

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Términos Legales</b> | Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como “ <b>apelación acelerada</b> ”. |
|-------------------------|---|

**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 cobertura de sus servicios.**

- Durante esta revisión, repasamos nuevamente toda la información relacionada con su estadía en el hospital. Comprobamos si seguimos todas las normas al determinar la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.
- 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 cobertura 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 cobertura. (Usted debe pagar la parte del costo que le corresponde y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos la apelación rápida**, su cobertura 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 ha continuado 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 cobertura, 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. ”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.

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Términos Legales</b> | El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” es “ <b>Entidad Revisora Independiente</b> ”. A veces también se le conoce como “IRE” (por su sigla 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 11 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. Medicare supervisa su trabajo
- Los revisores de la Organización Revisora Independiente repasarán minuciosamente 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 cobertura. Debemos continuar proporcionando la cobertura de la atención mientras sea necesaria por razones médicas. Usted debe continuar pagando la parte de los costos que le corresponde. Usted debe continuar pagando la parte de los costos que le corresponde. Si existen limitaciones de la cobertura, éstas podrían limitar la cantidad que debemos reembolsarle o el tiempo durante el cual debemos continuar la cobertura 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 10 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

## **SECCIÓN 10      Cómo presentar la apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores**

---

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Sección 10.1</b> | <b>Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Apelaciones por Servicios Médicos</b> |
|---------------------|---|

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.

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

- **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. Podemos esperar 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.

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>Nivel de Apelación 4:</b> | <b>El Consejo de Apelaciones de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta.</b> 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.

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>Nivel de Apelación 5:</b> | Un juez del <b>Tribunal del Distrito Federal</b> revisará su apelación. |
|------------------------------|---|

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

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Sección 10.2</b> | <b>Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para las Apelaciones de los medicamentos de la Parte D</b> |
|---------------------|---|

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 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.

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

- **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 cobertura 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.

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>Nivel de Apelación 4:</b> | <b>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.</b> |
|------------------------------|---|

- **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 cobertura 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 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.

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>Nivel de Apelación 5:</b> | Un juez del <b>Tribunal del Distrito Federal</b> revisará su apelación. |
|------------------------------|---|

- Éste es el último paso del proceso de apelaciones.

---

## SECCIÓN 11 “Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, el tiempo de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones”.

---



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

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Sección 11.1</b> | <b><i>¿Qué tipos de problemas se atienden en el proceso de quejas?</i></b> |
|---------------------|--|

Esta sección explica cómo utilizar el proceso para la presentación de quejas. Este proceso se utiliza *solamente* 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 Atención 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, farmaceutas u otros profesionales del cuidado de la salud durante mucho tiempo? ¿O al Centro de Atención 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 cobertura y apelaciones**

El proceso para la solicitud de una decisión de cobertura 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 cobertura 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 cobertura o apelación y la rechazamos, puede presentar una queja.
- Si considera que no cumplimos con los plazos para proporcionarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que realizó, puede presentar una queja.
- Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos informa que debemos proporcionarle la cobertura 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 11.2** *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 11.3** *Paso a paso: presentación de una queja*

**Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **Generalmente, el primer paso es llamar al Centro de Atención al Cliente. Si debe hacer algo más, Atención al Cliente le informará.**

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>LLAME</b>     | <p>En el condado de Maricopa, llame al Tel. (877) 874-3935</p> <p>En el condado de Pima, llame al Tel. (877) 874-3930</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. Días y Horas de Operación: De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los días de la semana.</p> <p>Nuestro Centro de Atención al Cliente también ofrece servicios de interpretación para personas que no hablan inglés.</p> |
| <b>TTY</b>       | <p>Para servicios TTY/TDD, llame al Tel. (800) 367-8939</p> <p>Las llamadas a este número son sin cargos. Durante las 24 horas al día, los 7 de la semana.</p>  |
| <b>FAX</b>       | (520) 874-3434  |
| <b>ESCRIBA</b>   | 2701 E. Elvira<br>Tucson, AZ 85756  |
| <b>SITIO WEB</b> | <a href="http://www.universitycareadvantage.com">www.universitycareadvantage.com</a>  |

- **Si no desea llamar por teléfono (o llamó y no quedó satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito. Si envió su queja por escrito, le responderemos por escrito.**

- **Ya sea que llame o escriba, debe ponerse en contacto con Atención al Cliente de inmediato.** La queja se debe realizar en los siguientes 60 días calendario después de haber tenido el problema por el cual realiza la queja.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud a una “respuesta rápida” de una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le proporcionaremos una queja “rápida”.** Si tiene una queja “rápida”, significa que le daremos una respuesta en las siguientes las 24 horas.

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Términos Legales</b> | Lo que se llama “ <b>queja rápida</b> ” en esta sección, también se conoce como “ <b>queja formal acelerada</b> ”. |
|-------------------------|--|

## **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. Debemos responder si estamos de acuerdo o no con la queja.

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Sección 11.4</b> | <b><i>También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de Calidad</i></b> |
|---------------------|--|

Puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención que recibió de nuestra parte mediante el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es por la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede realizar la queja ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad.** Si prefiere, puede presentar la queja sobre la calidad de la atención recibida directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
  - **La Organización para el Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos especializados y otros expertos en el cuidado de la salud pagado por el**

**gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.**

- **Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado, vea el Capítulo 2, Sección 4, de este manual.** Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.
- **O puede presentar su queja ante ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad.

## **PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICAID**

### **SECCIÓN 12 Tratando problemas acerca de sus beneficios de Medicaid**

Si tienen alguna inquietud o queja sobre Maricopa Health Plan (MHP) o University Family Care (UFC):

Para respuesta a cualquier pregunta, o para presentar una queja, comuníquese con nuestro departamento de Apelaciones y Quejas.

**Grievance & Appeals Department**

**Maricopa Health Plan or**

**University Family Care**

**Attn. Grievance & Appeals Department**

2701 E. Elvira Road

Tucson, AZ 85756

Teléfono 1-800-582-8686, pida hablar con Quejas y Apelaciones

Fax 520-874-3462 ó 1-866-465-8340

**¿QUE PUEDE HACER SI TIENE PREGUNTAS, PROBLEMAS O QUEJAS SOBRE MARICOPA HEALTH PLAN O UNIVERSITY FAMILY CARE?**

**Llame a nuestro centro de Atención al Cliente si usted tiene una queja específica o no se siente satisfecho con algún aspecto de nuestros servicios. Los diferentes ejemplos de reclamaciones son: problemas con los servicios, problemas con el transporte, la calidad de los servicios, o --problemas con los proveedores. Los servicios de interpretación o traducción están disponibles gratis en cualquier idioma sin ningún costo a usted. Usted puede llamar a Atención al Cliente para presentar una reclamación (querrela). Usted también puede presentar una reclamación por escrito y enviarla por correo a la dirección listada arriba. Su reclamación se revisará y una respuesta se le proporcionará dentro de noventa (90) días a partir de la fecha de contacto. Usted también puede presentar una queja relacionada con la adecuación de la carta de Aviso de Acción, una denegación de servicios por MHP/UFC. Si no podemos resolver su preocupación con la adecuación de la carta de Aviso de Acción, usted también puede llamar a AHCCCS.**

**Apelaciones y Solicitud de Audiencia Justa**

### **¿Y SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA NEGACIÓN DEL SERVICIO?**

Si usted está descontento con una “acción” o denegación de servicios por MHP/UFC, usted puede presentar una “apelación.” Una apelación debe presentarse por escrito dentro de sesenta (60) días a partir de la carta de Aviso de Acción de MHP/UFC.

### **¿QUIÉN PUEDEN PRESENTAR UNA APELACIÓN?**

Usted, como el miembro, su representante, o un representante legal testamentario de un miembro fallecido, puede presentar una apelación. Un proveedor, actuando a beneficio de un miembro, y con el consentimiento del miembro por escrito, puede presentar una apelación.

### **¿QUÉ PUEDO APELAR?**

Las razones por las cuales usted puede apelar son las siguientes:

- Denegación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluyendo el tipo o nivel de servicio
- Reducción, suspensión, o terminación de un servicio autorizado anteriormente
- Denegación, total o en parte, de pagos por un servicio
- Incumplimiento de proveer servicios de manera oportuna
- Incumplimiento de actuar dentro del margen de tiempo requerido para resoluciones de apelaciones estándares y aceleradas y disposiciones estándares de quejas
- La denegación de la solicitud de un miembro rural de obtener servicios fuera de la red de proveedores bajo 42CFR 438.52 (b)(2)(ii), cuando el proveedor es el único proveedor en el área rural.

### **¿CÓMO PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN?**

Usted puede enviarla por correo o facsímile a Grievance & Appeals Department o usted puede llamar y preguntar por un representante de apelación. Maricopa Health Plan o University Family Care le proveerá con una decisión escrita dentro de treinta (30) días a partir de la presentación de apelación.

### **¿CÓMO SOLICITO UNA AUDIENCIA ESTATAL IMPARCIAL?**

Si usted no está satisfecho con la decisión de la apelación, usted puede solicitar una audiencia estatal imparcial con MHP/UFC. Esta solicitud debe hacerse por escrito a MHP/UFC dentro de sesenta (30) días a partir de la fecha de recibo de la decisión de apelación. Usted puede enviar la solicitud por correo o facsímile. MHP/UFC enviará el expediente de apelación a AHCCCS y la fecha de la audiencia se programará para que usted asista. Además, existen programas de servicios legales en su área que a lo mejor lo pueden ayudar con el proceso de la audiencia. También puede encontrar información legal general sobre sus derechos en el Internet a través de los siguientes enlaces: [www.azlawhelp.org](http://www.azlawhelp.org).

### **¿QUÉ ES UNA APELACIÓN RÁPIDA?**

Usted puede solicitar una apelación acelerada, o puede presentarse a beneficio suyo por medio de su proveedor. Se le aprobará si MHP/UFC determina que el tiempo para procesar una apelación estándar gravemente pone el peligro su salud, su vida o la habilidad de obtener, mantener o

recobrar función máxima. Si la solicitud de apelación acelerada no se aprueba, MHP/UFC le notificará dentro de dos (2) días.

**¿PUEDO CONTINUAR RECIBIENDO LOS SERVICIOS SOLICITADOS DURANTE EL PROCESO DE APELACIÓN SI LOS ESTOY RECIBIENDO ACTUALMENTE?**

Yes, but the request must be in writing and be received by MHP/UFC within 10 days of the receipt of the notice of action letter. However, you may be responsible for payment of those services if MHP/UFC upholds the denial.