Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

[Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "refer to Chapter 9, Section A, page 1." An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[In cases where members should contact a department other than Member Services (for example, a grievance and appeals unit), plans should revise the instructions about contacting Member Services.]

Introducción

En este capítulo hay información sobre sus derechos. Léalo para saber qué hacer, si:

* Usted tiene un problema o una queja sobre su plan.
* Usted necesita un servicio, suministro o medicamento y su plan ha dicho que no lo pagará.
* Usted no está de acuerdo con una decisión tomada por su plan sobre su cuidado.
* Usted cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.

**Si usted tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación.** Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar con facilidad la información que está buscando.

Si usted está teniendo un problema con su salud o con sus servicios y respaldos a largo plazo

Usted debería recibir el cuidado de salud, los medicamentos y los servicios y respaldos a largo plazo que su médico y otros proveedores consideren necesarios como parte de su plan de cuidado. **Si está teniendo un problema con su cuidado, puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632 para recibir ayuda.** Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratuita. Este capítulo explica las distintas opciones que tiene para problemas y quejas diferentes, pero también puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime para que lo guíe con su problema.

El Defensor de Healthy Connections Prime es el ombudsman para South Carolina. Para obtener recursos adicionales para atender sus inquietudes y las maneras de contactarlos, consulte el Capítulo 2 [*plans should insert reference, as appropriate*] para más información sobre los programas ombudsman.

[*Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.*]

Tabla de contenidos

[A. Qué hacer si tiene un problema 4](#_Toc140585341)

[A1. Acerca de los términos legales 4](#_Toc140585342)

[B. Dónde llamar para pedir ayuda 4](#_Toc140585343)

[B1. Dónde obtener más información y ayuda 4](#_Toc140585344)

[C. Problemas con sus beneficios 5](#_Toc140585345)

[C1. Usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja 5](#_Toc140585346)

[D. Decisiones de cobertura y apelaciones 6](#_Toc140585347)

[D1. Resumen de decisiones de cobertura y apelaciones 6](#_Toc140585348)

[D2. Obtener ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones 7](#_Toc140585349)

[D3. Usar la sección de este capítulo que puede ayudarle 8](#_Toc140585350)

[E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D) 9](#_Toc140585351)

[E1. Cuándo usar esta sección 9](#_Toc140585352)

[E2. Pedir una decisión de cobertura 11](#_Toc140585353)

[E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D) 13](#_Toc140585354)

[E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D) 17](#_Toc140585355)

[E5. Problemas de pagos 21](#_Toc140585356)

[F. Medicamentos de la Parte D 23](#_Toc140585357)

[F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D 23](#_Toc140585358)

[F2. Qué es una excepción 25](#_Toc140585359)

[F3. Qué debe saber cuando pide una excepción 26](#_Toc140585360)

[F4. Cómo pedir una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción 27](#_Toc140585361)

[F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D 30](#_Toc140585362)

[F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D 32](#_Toc140585363)

[G. Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital 33](#_Toc140585364)

[G1. Aprender sus derechos de Medicare 34](#_Toc140585365)

[G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital 35](#_Toc140585366)

[G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital 37](#_Toc140585367)

[G4. Qué sucederá si pierde la fecha límite para apelar 38](#_Toc140585368)

[H. Qué hacer si cree que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto 40](#_Toc140585369)

[H1. Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura 40](#_Toc140585370)

[H2. Apelación de Nivel 1 para continuar su cuidado 41](#_Toc140585371)

[H3. Apelación de Nivel 2 para continuar su cuidado 43](#_Toc140585372)

[H4. Qué sucede si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1 44](#_Toc140585373)

[I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 46](#_Toc140585374)

[I1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare 46](#_Toc140585375)

[I2. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Healthy Connections Medicaid 46](#_Toc140585376)

[J. Cómo presentar una queja 47](#_Toc140585377)

[J1. Qué tipos de problemas deberían causar una queja 47](#_Toc140585378)

[J2. Quejas internas 48](#_Toc140585379)

[J3. Quejas externas 49](#_Toc140585380)

# Qué hacer si tiene un problema

En este capítulo se explica qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pagos. Medicare y Healthy Connections Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que nosotros y usted debemos seguir.

## A1. Acerca de los términos legales

Algunas de las reglas y fechas límite en este capítulo tienen términos legales difíciles. Algunos de esos términos pueden ser difíciles de entender, así que hemos usado palabras más sencillas en lugar de algunos términos legales. Además, usamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, decimos:

* “Presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”
* “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo”, o “determinación de cobertura”
* “Decisión rápida de cobertura” en lugar de “determinación acelerada”

Conocer los términos legales adecuados podría ayudarle a comunicarse con más claridad; por eso también proporcionamos esos términos legales.

# Dónde llamar para pedir ayuda

## B1. Dónde obtener más información y ayuda

En ocasiones, puede ser confuso comenzar o continuar el proceso para solucionar un problema. Esto puede ser especialmente difícil si usted no se encuentra bien o no tiene energía. Otras veces, es posible que no sepa cómo dar el siguiente paso.

### Puede recibir ayuda del Defensor de Healthy Connections Prime

Si necesita ayuda, siempre puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime. El Defensor de Healthy Connections Prime es un programa ombudsman que puede responder a sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer para solucionar su problema. El Defensor de Healthy Connections Prime no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Ellos podrán ayudarle a comprender qué procedimiento seguir. El número del Defensor de Healthy Connections Prime es el 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratis, al igual que los servicios. Para más información sobre los programas de ombudsman, consulte el Capítulo 2 [*plans should insert reference, as appropriate*].

### Puede obtener ayuda del Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP)

Usted también puede llamar al Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP). Los consejeros de SHIP podrán responder a sus preguntas y ayudarle a comprender qué hacer para solucionar su problema. El programa SHIP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El programa SHIP tiene consejeros capacitados en cada estado y los servicios de SHIP son gratuitos. En South Carolina, el SHIP es conocido como I-CARE, que significa Asistencia y orientación de seguros y referidos para ancianos. El número de teléfono de I CARE es 1-800-868-9095, y su sitio web es [aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud](https://aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estas llamadas son gratis, al igual que los servicios.

### Cómo obtener ayuda de Medicare

Usted puede llamar directamente a Medicare para pedir ayuda si tiene problemas. Hay dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

* Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana. TTY: 1‑877-486-2048. La llamada es gratuita.
* Visite el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](http://es.medicare.gov)).

### Cómo obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid

Puede llamar directamente a Healthy Connections Medicaid para solicitar ayudar con sus problemas. Estas son algunas maneras de obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid:

* Llame a Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. TTY: 1-888-842-3620. La llamada es gratuita.
* Visite el sitio web de Healthy Connections Medicaid ([www.scdhhs.gov](http://www.scdhhs.gov)).

### Cómo obtener ayuda de otros recursos

Puede obtener ayuda de otros recursos, como:

* Teléfono gratuito de protección y defensoría para personas con discapacidades (P&A) al 1-866-275-7273. TTY: 1-866-232-4525.
* Teléfono gratuito de Servicios legales de South Carolina al 1-888-346-5592.
* [Plans may add information for the QIO or other available resources.]

# Problemas con sus beneficios

C1. Usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja

**Si usted tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación.** En la siguiente tabla podrá encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o quejas.

| **¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o su cobertura?**  (Esto incluye problemas relacionados sobre si su cuidado médico particular o medicamentos de receta están o no cubiertos, y los problemas relacionados con los pagos por cuidados médicos o medicamentos de receta.) | |
| --- | --- |
| **Sí.**  Mi problema es sobre  beneficios o cobertura.  Vaya a la **Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones”**, en la página <xx>. | **No.**  Mi problema no es sobre  beneficios o cobertura.  Salte a la **Sección J: “Cómo presentar una queja”,** en la página <xx>. |

# Decisiones de cobertura y apelaciones

## D1. Resumen de decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones se ocupa de problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con los pagos.

### ¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Estaremos tomando una decisión de cobertura cada vez que decidamos qué le cubriremos y cuánto pagaremos.

Si usted o su médico no están seguros si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Healthy Connections Medicaid, cualquiera de ustedes puede pedir una decisión de cobertura antes de que el médico proporcione el servicio, artículo o medicamento.

### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión y la cambiemos si usted cree que hemos cometido un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted quiere no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare o Healthy Connections Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar.

## D2. Obtener ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones

### ¿A quién puedo llamar para obtener ayuda con las decisiones de cobertura o para presentar una apelación?

Usted podrá pedirle ayuda a cualquiera de las siguientes personas:

* Llame a **Servicios al miembro** al <phone number>.
* Llame al **Defensor de Healthy Connections Prime** para recibir ayuda gratis. El Defensor de Healthy Connections Prime ayuda a las personas inscritas en Healthy Connections Prime que tienen problemas con el servicio o la facturación. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
* Llame al **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP)**, también conocido como I-CARE en South Carolina, para obtener ayuda gratuita. El SHIP es una organización independiente. No está conectada con este plan. El número de teléfono es 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
* Hable con **su médico o con otro proveedor**. Su médico u otro proveedor podrán pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación en su nombre y actuar como su representante.
* Hable con un **amigo o miembro de su familia** y pídale que actúe por usted. Puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su “representante” para pedir una decisión de cobertura o para apelar.
* Si usted desea que un amigo, un pariente u otra persona sea su representante llame a Servicios al miembro y pida el formulario “Nombramiento de un representante”.
* También puede obtener el formulario entrando en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf) [plans may also insert: o en nuestro sitio web en <web address **or** link to form>]. Este formulario autoriza a la persona a actuar en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
* **Usted también tiene derecho a pedirle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su propio abogado o conseguir el nombre de un abogado de la asociación local de abogados u otro servicio de referidos. Algunos grupos legales le darán servicios legales gratuitos si usted cumple con los requisitos. Si quiere que un abogado le represente, deberá rellenar el formulario de Nombramiento de un representante.
* Sin embargo, **usted no tiene que tener un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión de cobertura ni para apelar.

## D3. Usar la sección de este capítulo que puede ayudarle

Hay cuatro tipos de situaciones que incluyen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite. Hemos dividido este capítulo en diferentes secciones para ayudarle a encontrar las reglas que deberá seguir. **Usted solo necesitará leer las secciones de este capítulo que correspondan a su situación:**

* **La Sección E en la página <xx>** le da información si tiene problemas sobre los servicios, artículos y medicamentos (pero **no** medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
* No está recibiendo un servicio que usted quiere y cree que nuestro plan lo cubre.
* No aprobamos algún servicio, artículo o medicamento que su médico quiere darle y usted cree que este cuidado debería ser cubierto.
* **NOTA:** Solo use la Sección E si estos medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como Lista de medicamentos, que tienen un símbolo [plans should insert symbol used in the Drug List to indicate Healthy Connections Medicaid covered drugs] **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F en la página <xx> para presentar apelaciones por los medicamentos de la Parte D.
* Usted recibió cuidado médico o servicios que cree que deberían estar cubiertos, pero nosotros no hemos pagado por este cuidado.
* Usted recibió y pagó por servicios médicos o artículos que creía que estaban cubiertos y quiere pedirnos que le devolvamos lo que pagó.
* Le dijeron que la cobertura del cuidado que ha estado recibiendo será reducida o interrumpida y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
* **NOTA:** Si la cobertura que será suspendida es por cuidados en un hospital, en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), usted deberá leer una sección aparte de este capítulo, ya que para esos tipos de servicios corresponden reglas especiales. Consulte las Secciones G y H en las páginas <xx> y <xx>.
* Su solicitud de decisión de cobertura podría ser desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Por ejemplo, su solicitud podría ser desestimada en los casos siguientes: si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no acredita que usted lo ha autorizado, o si usted pide que su solicitud sea retirada. Si tras enviar una solicitud de decisión de cobertura, esta es desestimada, le enviaremos un aviso en el que le explicaremos por qué, y le informaremos sobre cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión es un proceso formal denominado apelación
* **La Sección F en la página <xx>** le ofrece información sobre medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
* Quiere pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.
* Quiere pedirnos que cancelemos los límites en la cantidad del medicamento que usted puede recibir.
* Quiere pedirnos que cubramos un medicamento que requiere autorización previa (PA) o aprobación.
* No aprobamos su petición o excepción y usted o su médico u otro profesional autorizado creen que deberíamos haberlo aprobado.
* Quiere pedirnos que paguemos por un medicamento de receta que ya compró. (Esto quiere decir, pedirnos una decisión de cobertura de un pago.)
* **La Sección G en la página <xx>** le da información sobre cómo pedirnos que cubramos una estadía más larga en un hospital como paciente hospitalizado si usted cree que su médico le está dando de alta demasiado pronto. Use esta sección si:
* Usted está en el hospital y cree que su doctor ha pedido que usted reciba el alta del hospital demasiado pronto.
* **La Sección H en la página <xx>** le da información si cree que su cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto.

Si no está seguro de cuál sección debería usar, llame a Servicios al miembro al número de teléfono que figura al final de la página.

Si necesita otra ayuda o información, llame al Defensor de Healthy Connections Prime, al 1‑844‑477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

# Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D)

## E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección es sobre lo que hay que hacer si tiene problemas con sus beneficios por sus servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS). También puede usar esta sección para solucionar problemas con medicamentos que **no** estén cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos de la Lista de medicamentos que tienen un símbolo [plans should insert symbol used in the Drug List to indicate Healthy Connections Medicaid covered drugs] **no** están cubiertos por la Parte D. Lea la Sección F para presentar apelaciones por medicamentos de la Parte D.

Esta sección le dice qué puede hacer si usted está en una de las cinco situaciones siguientes:

1. Cree que cubrimos servicios médicos, servicios de salud del comportamiento o servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) que necesita pero no está recibiendo.

**Qué puede hacer:** Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 en la página <xx> para obtener información sobre cómo pedir una decisión de cobertura.

1. No aprobamos el cuidado que su médico quiere darle y que usted cree que deberíamos haber dado.

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión sobre no aprobar el cuidado. Vaya a la Sección E3 en la página <xx> para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

1. Usted recibió servicios o artículos que usted creía cubrimos, pero no pagaremos por ellos.

**Qué puede hacer:** Usted podrá apelar nuestra decisión de no pagar. Vaya a la Sección E3 en la página <xx> para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

1. Usted recibió y pagó por servicios o artículos que usted creía que estaban cubiertos y ahora desea que le devolvamos lo que usted pagó por dichos servicios o artículos.

**Qué puede hacer:** Puede pedirnos que le devolvamos el pago. Vaya a la Sección E5 en la página <xx> para obtener información sobre cómo pedirnos la devolución de su pago.

1. Redujimos o suspendimos su cobertura para cierto servicio y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

**Qué puede hacer:** Usted puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender el servicio. Consulte la Sección E3 en la página <xx> para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

**NOTA:** Si la cobertura que será suspendida es por cuidado en un hospital, cuidado de salud en su hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) corresponden reglas especiales. Para obtener más información, consulte las Secciones G u H en las páginas <xx> y <xx>.

## E2. Pedir una decisión de cobertura

### Cómo pedir una decisión de cobertura para recibir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento o servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)

Para pedir una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax o pídale a su representante o a su médico que nos pidan tomar una decisión.

* Puede llamarnos al: <phone number>. TTY: <phone number>.
* Puede enviarnos un fax al: <phone number>
* Puede escribirnos a: <address>

### ¿Cuánto tiempo tardaré en recibir una decisión de cobertura?

Generalmente, lleva hasta 14 días calendario después de pedirla, a menos que su solicitud sea para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare. Si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, le comunicaremos la decisión antes de las 72 horas desde la recepción de su solicitud. Si no le informamos sobre nuestra decisión a más tardar en 14 días calendario (o 72 horas para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare), puede apelar.

A veces necesitaremos más tiempo y le enviaremos una carta para decirle que tardaremos hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo. Si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión.

### ¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápida?

**Sí.** Si, debido a su salud, necesita una respuesta más rápida, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos su petición, le avisaremos sobre nuestra decisión a más tardar en 72 horas (o en un plazo de 24 horas para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare).

Sin embargo, a veces necesitaremos más tiempo y le enviaremos una carta para decirle que tardaremos hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo. Si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión.

|  |
| --- |
| **El término legal** para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación acelerada**”. |

### Pedir una decisión de cobertura rápida:

* Si usted nos pide una decisión de cobertura rápida, llámenos o comuníquese por fax con nuestro plan para pedirnos que cubramos el cuidado que desea.
* Puede llamarnos al <phone number> o enviarnos un fax al <fax number>. Para saber cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable].
* También puede pedirle a su proveedor o representante que nos llame.

### Estas son las reglas para pedir una decisión de cobertura rápida:

Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir estos dos requisitos:

1. Usted podrá obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si está pidiendo algún cuidado médico o un artículo que aún no ha recibido.** (Usted no podrá pedir una decisión de cobertura rápida si su solicitud tiene que ver con un pago por cuidados médicos o un artículo que recibió).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si usar la fecha límite estándar de 14 días calendario (o el límite establecido de 72 horas para medicamentos de receta de la Parte B de Medicare) puede causar daños graves a su salud o dañar su capacidad para desempeñarse.**

* Si su médico determina que necesita una decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente.
* Si nos pide una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si usted puede obtener una decisión de cobertura rápida.
* Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para que tomemos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También usaremos la fecha límite estándar de 14 días calendario (o el límite establecido de 72 horas para los medicamentos de receta de la Parte B de Medicare).
* Esta carta le dirá que, si su doctor nos pide que tomemos la decisión de cobertura rápida, lo haremos automáticamente.
* La carta le dirá también cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección J en la página <xx>.

### Si la decisión de cobertura es No, ¿cómo me enteraré?

Si la respuesta es **No**, en la carta que le enviemos le explicaremos nuestros motivos para haber tomado dicha decisión.

* Si decimos que **No**, usted tiene derecho a apelar para pedirnos que cambiemos esta decisión. Apelar significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de rechazar la cobertura.
* Si usted decide apelar la decisión de cobertura, eso significa que estará en el Nivel 1 del proceso de apelaciones (lea más información en la sección siguiente).

## E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D)

### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión y la cambiemos si usted cree que hemos cometido un error. Si usted o su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. En todos los casos, usted deberá iniciar su Apelación de Nivel 1.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El Defensor de Healthy Connections Prime no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

### ¿Qué es una Apelación de Nivel 1?

| En resumen:Cómo presentar una Apelación de Nivel 1  Usted, su médico o su representante pueden hacer su petición por escrito y enviarla a nuestras oficinas por correo o fax. También puede llamarnos para apelar.   * Haga su solicitud **dentro de 60 días calendario**, después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un buen motivo, todavía podría apelar. * Si usted apela porque le dijimos que un servicio que recibe actualmente será modificado o suspendido, **usted tendrá menos días para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras que la apelación esté en proceso. * Para obtener más información sobre las fechas límites para su apelación, consulte este capítulo. |
| --- |

Una Apelación de Nivel 1 es la primera apelación presentada ante nuestro plan. Nosotros revisaremos nuestra decisión de cobertura para averiguar si es correcta. El revisor no será la persona que tomó la decisión de cobertura original. Cuando terminemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito.

Si después de nuestra revisión le avisamos de que el servicio o artículo no será cubierto, su caso podrá ir a la Apelación de Nivel 2.

### ¿Cómo presento una Apelación de Nivel 1?

* Para comenzar su apelación, usted, su médico, otro proveedor o su representante deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al <phone number>. Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación, consulte el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable].
* Usted podrá presentar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
* Si usted está pidiendo una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
* Puede enviar un petición a la siguiente dirección: <address>.
* También puede llamarnos al <toll-free number> para apelar.

|  |
| --- |
| **El término legal** para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”. |

### ¿Alguien más puede presentar la apelación en mi nombre?

**Sí.** Su médico u otro proveedor podrán solicitar la apelación en su nombre. También, otra persona además de su médico podrá solicitar una apelación en su nombre, pero primero usted deberá completar un formulario de Nombramiento de un representante. El formulario autorizará a la otra persona a actuar en su nombre.

Si no recibimos este formulario y alguien está actuando en su nombre, su solicitud de apelación será desestimada. Si eso ocurre, usted tiene derecho a que otra organización revise nuestra desestimación. Le enviaremos un aviso por escrito en el que le hablaremos de su derecho a solicitar que una Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación

Para obtener un formulario de Nombramiento de un representante, llame a Servicios al miembro y pídalo, o visite [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf) [plans may also insert: o nuestro sitio web en <web address **or** link to form>].

**Si la apelación viene de otra persona aparte de usted, su médico u otro proveedor**, debemos recibir el formulario completo de Nombramiento de un representante antes de poder revisar la apelación.

### ¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Usted debe pedir una apelación **a más tardar en 60 días calendario** después de la fecha de la carta que le enviemos para darle nuestra decisión.

Si usted pierde esta fecha límite por un motivo justificado, podríamos darle más tiempo para apelar. Estos son ejemplos de un motivo justificado: usted tuvo una enfermedad grave o no le dimos la información correcta sobre la fecha límite para solicitar una apelación. Usted deberá explicar por qué se ha retrasado su apelación cuando la realice.

**NOTA:** Si usted apela porque le dijimos que un servicio que recibe actualmente será modificado o suspendido, **usted tendrá menos días para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras que la apelación esté en proceso. Lea “¿Mis beneficios continuarán durante las apelaciones de Nivel 1?” en la página <xx> para obtener más información.

### ¿Puedo obtener una copia del expediente de mi caso?

**Sí.** Pídanos una copia gratuita llamando a Servicios al miembro al número de teléfono que figura al final de la página.

### ¿Mi médico puede darles más información para respaldar mi apelación?

**Sí.** Tanto usted como su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

### ¿Cómo tomaremos la decisión de la apelación?

Nosotros analizaremos con atención toda la información sobre su petición de cobertura de cuidados médicos. Luego revisaremos que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que **No** a su petición. El revisor no será la persona que tomó la decisión original.

Si necesitamos más información, podríamos pedírsela a usted o a su proveedor.

### ¿Cuándo sabré sobre la decisión tomada en la apelación “estándar”?

Le debemos dar nuestra respuesta a más tardar en 30 días calendario después de recibir su apelación (o en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare). Le daremos nuestra decisión más pronto si su enfermedad nos lo exige.

* Sin embargo, si nos pide más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta que explique por qué necesitamos más tiempo. Si su apelación es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión.
* Si le parece que no deberíamos tomar días adicionales, usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección J en la página <xx>.
* Si no le damos una respuesta a su apelación a más tardar en 30 días calendario (o en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare) o al final de los días adicionales (si los tomamos), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Nosotros le avisaremos cuando esto ocurra. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. Para saber más sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página <xx>.

**Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o brindar la cobertura a más tardar 30 días calendario después de recibir su apelación (o en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare).

**Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para pedir una Apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, en la carta le indicaremos cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Para saber más sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, vaya a la Sección E4 en la página <xx>.

### ¿Cuándo sabré sobre la decisión tomada en una apelación "rápida"?

Si usted presenta una apelación rápida, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su apelación. Le daremos nuestra respuesta más pronto si su salud nos lo exige.

* Sin embargo, si nos pide más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomar días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta que explique por qué necesitamos más tiempo. Si su petición es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión.
* Si le parece que no deberíamos tomar días adicionales, usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección J en la página <xx>.
* Si no respondemos a su apelación dentro de 72 horas o al terminar los días adicionales (si los tomamos), enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Nosotros le avisaremos cuando esto ocurra. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. Para saber más sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, vaya a la Sección E4 en la página <xx>.

**Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle esa cobertura dentro de 72 horas después de que recibamos su apelación.

**Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para pedir una Apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, en la carta le indicaremos cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Para saber más sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página <xx>.

### ¿Mis beneficios continuarán durante las Apelaciones de Nivel 1?

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio aprobado anteriormente, le enviaremos un aviso al menos 10 días calendario antes de tomar medidas. Si no está de acuerdo con la medida, podrá presentar una Apelación de Nivel 1 y pedir que continuemos sus beneficios mientras la apelación está pendiente. Usted tiene que **hacer la solicitud antes de las siguientes fechas**, para que sus beneficios continúen:

* Dentro de los 10 días calendario después de la fecha del envío postal de nuestro aviso de acción; **o**
* En la fecha de efectividad de la acción que se va a tomar.

Si cumple con esta fecha límite, usted podrá seguir recibiendo el servicio en disputa mientras se procesa su apelación. [Plans must insert this sentence if they conduct cost recovery: Si continúan sus beneficios y el resultado final de la apelación confirma nuestra medida, podremos recuperar el costo de los servicios que le proporcionamos mientras la apelación estaba pendiente.]

## E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D)

### Si el plan dice que No en el Nivel 1, ¿qué sucederá?

Si nuestra respuesta es **No** a una parte o a toda la Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informará si el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare y/o Healthy Connections Medicaid.

* Si su problema es sobre un servicio o artículo de **Medicare**, usted obtendrá automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la Entidad de revisión independiente (IRE) tan pronto como termine la Apelación de Nivel 1.
* Si su problema es sobre un servicio o artículo de **Healthy Connections Medicaid**, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2 ante la División de apelaciones y audiencias. En la carta se le dirá cómo hacerlo. La información también aparece más adelante.
* Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid**, recibirá automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la IRE para una revisión sobre la cobertura de Medicare. También puede pedir una Apelación de Nivel 2 ante la División de apelaciones y audiencias para una revisión sobre la cobertura de Medicaid.

### ¿Qué es una Apelación de Nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 es la segunda apelación hecha por una organización independiente que no está relacionada con el plan. Es la Entidad de revisión independiente (IRE) o la División de apelaciones y audiencias. La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No es una agencia del gobierno. Medicare supervisa su trabajo.

### Mi problema es sobre un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una Apelación de Nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 para servicios y artículos de Healthy Connections Medicaid se denomina “audiencia estatal imparcial”. [Plans may insert the following if applicable: Si decimos que No a todo o parte de su Apelación de Nivel 1, reenviaremos su caso al Defensor de Healthy Connections Prime. Ellos se comunicarán con usted para averiguar si quiere solicitar una audiencia estatal imparcial. No es necesario que espere a que el Defensor de Healthy Connections Prime se contacte con usted antes de solicitar una audiencia estatal imparcial.]

Si desea solicitar una audiencia estatal imparcial, debe contactar a la División de apelaciones y audiencias por escrito. Debe pedir una audiencia estatal imparcial **en el plazo de 120 días calendario** después de la fecha de nuestra decisión de Nivel 1, a menos que la División de apelaciones y audiencias extienda la fecha límite para usted.

Puede pedir una audiencia estatal imparcial al completar la solicitud en línea en [msp.scdhhs.gov/appeals](https://msp.scdhhs.gov/appeals).

También puede presentar su solicitud en persona, enviarla por fax al 803-255-8206, o escribir a:

División de apelaciones y audiencias

South Carolina Department of Health and Human Services

P.O. Box 8206

Columbia, SC 29202-8206

Si se le otorga una audiencia, la División de apelaciones y audiencias le enviará un aviso por correo con la hora, la fecha y el lugar de la audiencia. Durante la audiencia, un oficial de audiencia imparcial escuchará su explicación sobre por qué no está de acuerdo con nuestra medida. El oficial de la audiencia también escuchará nuestra explicación de la medida tomada. El oficial de la audiencia hará preguntas para obtener la información suficiente para decidir si el caso se manejó adecuadamente.

* La División de apelaciones y audiencias debe darle la decisión sobre la audiencia dentro del plazo de 90 días calendario desde la fecha en que presentó una apelación con el plan.
* Si califica para una revisión rápida, la División de apelaciones y audiencias le dará una decisión sobre la apelación en un plazo de 3 días hábiles.
* Sin embargo, si la División de apelaciones y audiencias necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, podrá tomar hasta 14 días calendario más.
* Si la División de apelaciones y audiencias necesita días adicionales para tomar una decisión, le avisará por carta.

### Mi problema es sobre un servicio o artículo de Medicare. ¿Qué pasará en la Apelación de Nivel 2?

Una Entidad de revisión independiente (IRE) revisará con cuidado la decisión de Nivel 1 y decidirá si debe ser cambiada.

* Usted no necesitará solicitar la Apelación de Nivel 2. Enviaremos automáticamente sus rechazos (de todo o parte) a la IRE. Nosotros le avisaremos cuando esto ocurra.
* La IRE está contratada por Medicare y no está conectada con el plan de salud.
* Usted puede pedir una copia de su expediente llamando a Servicios al miembro al número de teléfono que figura al final de la página.

La IRE debe dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 a más tardar 30 días calendario después de recibir su apelación (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare). Esta regla se aplica si usted envió su apelación antes de obtener servicios médicos.

* Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información para ayudarle, podrá tomar hasta 14 días calendario más. Si la IRE decide tomar días adicionales para tomar una decisión, le avisaremos por carta. Si su apelación es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, la IRE no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión.

Si usted tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, tendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta a más tardar 72 horas después de recibir su apelación.

* Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información para ayudarle, podrá tomar hasta 14 días calendario más. Si la IRE decide tomar días adicionales para tomar una decisión, le avisaremos por carta. Si su apelación es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, la IRE no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión.

### ¿Qué sucede si mi servicio o artículo está cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid?

Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid, enviaremos automáticamente su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente para una revisión sobre la cobertura de Medicare. También puede enviar una Apelación de Nivel 2 a la División de apelaciones y audiencias para una revisión sobre la cobertura de Healthy Connections Medicaid. Siga las instrucciones de la página <xx>.

### ¿Mis beneficios continuarán durante las Apelaciones de Nivel 2?

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio que había sido aprobado anteriormente, puede pedir que continuemos sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 2 en algunos casos.

* Si su problema es sobre un servicio cubierto por Medicare, sus beneficios para ese servicio **no** continuarán durante la Apelación de Nivel 2 presentada ante la Entidad de revisión independiente.
* Si su problema es sobre un servicio cubierto por Healthy Connections Medicaid (que incluye un servicio cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid), puede pedir que sus beneficios para ese servicio continúen durante la Apelación de Nivel 2 ante la División de apelaciones y audiencias. Usted tiene que hacer la solicitud antes de las siguientes fechas, para que sus beneficios continúen:
* Dentro del plazo de 10 días calendario desde la decisión de la Apelación de Nivel 1 del plan; **o**
* En la fecha de efectividad de la acción que se va a tomar.
* Si cumple con esta fecha límite, usted podrá seguir recibiendo el servicio en disputa mientras se procesa su apelación. [Plans must insert this sentence if they conduct cost recovery: Si continúan sus beneficios y el resultado final de la apelación confirma nuestra medida, podremos recuperar el costo de los servicios que le proporcionamos mientras la apelación estaba pendiente.]

### ¿Cómo sabré cuál es la decisión?

Si su Apelación de Nivel 2 pasó a la División de apelaciones y audiencias, esta le enviará una carta en la que le explique su decisión.

* Si la División de apelaciones y audiencias dice que **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos autorizar la cobertura a más tardar en 72 horas.
* Si la División de apelaciones y audiencias dice que **No** a una parte o a todo lo que pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

Si su Apelación de Nivel 2 fue dirigida a la Entidad de revisión independiente (IRE), ellos le enviarán una carta explicándole su decisión.

* Si la IRE responde que **Sí** a una parte o a todo lo que usted pidió en su apelación estándar, debemos aprobarle la cobertura por los cuidados médicos a más tardar en 72 horas o proporcionarle el servicio o artículo dentro de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si usted tuvo una apelación rápida, debemos aprobarle la cobertura por los cuidados médicos o darle el servicio o artículo dentro de las 72 horas desde la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
* Si la IRE responde que **Sí** a una parte o a toda su petición en su apelación estándar para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionarle el medicamento de receta de la Parte B de Medicare en un plazo de 72 horas de haber recibido la decisión de la IRE. Si tiene una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de receta de la Parte B de Medicare dentro de las 24 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
* Si la IRE responde que **No** a una parte o a todo lo que usted pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

### ¿Y si apelé ante la Entidad de revisión independiente y la División de apelaciones y audiencias, y las dos toman decisiones diferentes?

Si la Entidad de revisión independiente o la División de apelaciones y audiencias decide que **Sí** para todo o parte de lo que usted pidió, le daremos el servicio o artículo aprobado que sea más cercano a lo que pidió en su apelación.

### Si la decisión es No para todo o parte de lo que pedí, ¿puedo apelar otra vez?

Si su Apelación de Nivel 2 pasó a la División de apelaciones y audiencias, y no está de acuerdo con la decisión del oficial de la audiencia, puede presentar una apelación ante el Tribunal administrativo. Debe presentar esta apelación en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido la notificación de la decisión. Apelar tiene un cargo.

Si su Apelación de Nivel 2 fue dirigida a la Entidad de revisión independiente (IRE), usted podrá apelar otra vez, solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted desea cumple con cierta cantidad mínima. En la carta que recibirá de la IRE, se le explicarán los derechos adicionales de apelación que usted podría tener.

Para obtener más información sobre los niveles adicionales, consulte la sección I en la página <xx>.

## E5. Problemas de pagos

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen a usted por los servicios y artículos cubiertos. Esto es verdad incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca tendrá que pagar el saldo de ninguna factura. [*Plans with cost sharing insert*: La única cantidad que se le pedirá que pague es el copago por [*insert service, item, and/or drug categories that require a copay*].]

Si recibe una factura [*plans with cost sharing insert*: que es más alta que su copago] por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura,** Contactaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.

Para obtener más información, consulte el Capítulo 7: “Cómo pedirnos que paguemos [*insert if plan has cost sharing:* nuestra parte de] una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en que usted podría necesitar pedir una devolución o pagar una factura que recibió de algún proveedor. Además, se le indica cómo enviar los documentos para pedirnos que cubramos tales pagos.

### ¿Puedo pedirles que me reembolsen [insert if plan has cost sharing: su parte de] un servicio o artículo que pagué?

Recuerde que si recibe una factura [*plans with cost sharing insert*: que es más alta que su copago] por servicios y artículos cubiertos, no debe pagarla. Pero si la paga, usted podrá recibir un reembolso si siguió las reglas para recibir los servicios y artículos.

Si está pidiendo que le devuelvan el pago, está pidiendo una decisión de cobertura. Averiguaremos si el servicio o artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto y revisaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

* Si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por [insert if plan has cost sharing: nuestra parte del costo del] servicio o artículo a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si usted no ha pagado todavía por el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que **Sí** a su petición de una decisión de cobertura.
* Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para decirle que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos por qué.

### ¿Y si le decimos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede apelar**. Siga los procesos de apelación descritos en la Sección E3 en la página <xx>. Cuando siga estas instrucciones por favor tenga en cuenta que:

* Si hace una apelación para un rembolso, debemos responderle a más tardar en 60 días calendario después de recibir su apelación.
* Si nos está pidiendo que le devolvamos el pago por un servicio o artículo que ya recibió y pagó, no puede pedir una apelación rápida.

Si respondemos que **No** a su apelación y el servicio o artículo generalmente están cubiertos por Medicare, enviaremos su caso automáticamente a la Entidad de revisión independiente (IRE). Le notificaremos por carta si esto pasa.

* Si la IRE no está de acuerdo con nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor a más tardar en 30 días calendario. Si la respuesta para su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que pidió a usted o al proveedor, a más tardar en 60 días calendario.
* Si la IRE dice que **No** a su apelación, eso significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su petición. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”). En la carta que reciba se le explicarán los derechos de apelación adicionales que usted podría tener. Usted puede apelar solamente si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere, llega a cierta cantidad mínima. Para obtener más información sobre los niveles adicionales, consulte la sección I en la página <xx>.

Si respondemos que **No** a su apelación y el servicio o artículo está cubierto generalmente por Healthy Connections Medicaid, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo (consulte la Sección E4 en la página <xx>).

# Medicamentos de la Parte D

F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos de receta. Casi todos son “medicamentos de la Parte D”. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre pero que Healthy Connections Medicaid podría cubrir. **Esta sección se corresponde solo a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La Lista de medicamentos incluye algunos medicamentos que tienen un símbolo [plans should insert symbol used in the Drug List to indicate Healthy Connections Medicaid covered drugs]. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo [plans should insert symbol used in the Drug List to indicate Healthy Connections Medicaid covered drugs] siguen el proceso de la **Sección E**, en la página <xx>.

### ¿Puedo pedir una decisión de cobertura o hacer una apelación sobre medicamentos de receta de la Parte D?

**Sí.** Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que puede pedirnos que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

* Usted nos pide que hagamos una excepción, como:
* Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no esté en la Lista de medicamentos del plan
* Pedirnos que cancelemos una restricción a la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener)
* Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan pero le pedimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos).

**NOTA:** Si su farmacia le dice que no puede surtir su receta, usted recibirá un aviso que le explicará cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

* Usted pide que paguemos por un medicamento de receta que ya compró. Esto quiere decir, pedirnos una decisión de cobertura de un pago.

|  |
| --- |
| **El** **término legal** para una decisión de cobertura de sus medicamentos de la Parte D es **“determinación de cobertura”**. |

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, usted puede apelar nuestra decisión. Esta sección explica cómo pedir decisiones de cobertura **y** cómo presentar una apelación.

Use la siguiente tabla para decidir en qué sección hay información sobre su situación:

| **¿En cuál de estas situaciones está usted?** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita una excepción a una regla o a una restricción para un medicamento que cubrimos? | ¿Quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación previa) para el medicamento que necesita? | ¿Quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento que ya recibió y por el que pagó? | ¿Ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado? |
| **Puede pedirnos que hagamos una excepción.** (Esto es un tipo de decisión de cobertura.) | **Puede pedirnos una decisión de cobertura.** | **Puede pedirnos que le devolvamos el pago.** (Esto es un tipo de decisión de cobertura.) | **Puede apelar.** (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos.) |
| Comience con la **Sección F2** en la página <xx>. Consulte también las Secciones F3 y F4 en las páginas <xx> y <xx>. | Salte a la **Sección F4** en la página <xx>. | Salte a la **Sección F4** en la página <xx>. | Salte a la **Sección F5,** en la página <xx>. |

## F2. Qué es una excepción

Una excepción es un permiso para recibir cobertura por un medicamento que normalmente no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en nuestra Lista de medicamentos o no está cubierto de la manera que usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

Cuando usted nos pide hacer una excepción, su médico u otro profesional autorizado deberán explicar los motivos médicos por los que usted necesita que hagamos la excepción.

Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional autorizado podrán pedirnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra Lista de medicamentos.

* [*Plans without cost sharing delete:*]Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar la cantidad de costo compartido que corresponde a [*insert as appropriate:* todos nuestros medicamentos ***or*** medicamentos en [*insert exceptions tier*]***or***medicamentos en[*insert exceptions tier*] de marca o[*insert exceptions tier*] medicamentos genéricos]*.*
* No puede pedirnos una excepción por la cantidad de copago o coseguro que le pedimos que pague por el medicamento.

1. Quitar una restricción en nuestra cobertura. Hay reglas o restricciones adicionales que corresponden a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, vaya al Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable]).

* Las reglas adicionales y las restricciones de cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
* [Omit if plan does not use generic substitution.] Usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
* [Omit if plan does not use prior authorization (PA).] Obtener una aprobación del plan antes de que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento para usted. (Esto se llama a veces “autorización previa” (PA)).
* [Omit if plan does not use step therapy.]Que se le pida probar un medicamento diferente antes de que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento que usted está pidiendo. (Esto se llama a veces “terapia escalonada”).
* [Omit if plan does not use quantity limits] Tener límites de cantidad. Limitamos la cantidad que usted puede tener de algunos medicamentos.
* [Plans with no cost sharing, delete this bullet.] Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y quitar una restricción para usted, todavía puede pedir una excepción a la cantidad de copago que le pedimos que pague por el medicamento.

|  |
| --- |
| **El término legal** que a veces se usa para pedir que se quite una restricción a la cobertura de un medicamento es **“excepción de formulario”.** |

## F3. Qué debe saber cuando pide una excepción

### Su médico u otro profesional autorizado deben decirnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional autorizado deberán presentarnos una declaración explicando las razones médicas para pedirnos que hagamos una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico u otro profesional autorizado cuando pida la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una enfermedad en particular. Estos se llaman medicamentos “alternativos”. En general, no aprobamos su petición de una excepción si un medicamento alternativo funciona tan bien como el medicamento que está pidiendo y no causa más efectos secundarios ni otros problemas de salud.

### Diremos Sí o No a su petición de una excepción

* Si decimos que **Sí** a su petición de una excepción, esta excepción generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
* Si decimos que **No** a su petición de una excepción, puede apelar para pedir una revisión sobre nuestra decisión. La Sección F5 en la página <xx> le dice cómo apelar si decimos que **No**.

La siguiente sección le dice cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

F4. Cómo pedir una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción

### Qué hacer

| En resumen: Cómo pedir una decisión de cobertura por un medicamento o por un pago  Llame por teléfono, escriba o envíenos un fax o pídale a su representante o médico u otro profesional autorizado que pregunten. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar a más tardar en 72 horas. Por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó, le responderemos sobre la devolución de su dinero en 14 días calendario.   * Si está pidiendo una excepción, incluya la declaración de respaldo de su médico u otro profesional autorizado. * Usted o su médico u otro profesional autorizado pueden pedir una decisión rápida. (Las decisiones rápidas llegan a más tardar en 24 horas.) * Consulte esta sección para asegurarse de cumplir con los requisitos para una decisión rápida. También para informarse sobre las fechas límite de las decisiones. |
| --- |

* Pida el tipo de decisión de cobertura que quiere. Haga su petición por teléfono, por correo o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional autorizado) pueden hacerlo. Puede llamarnos al <phone number>. Haga constar su nombre, sus datos de contacto y la información sobre el reclamo.
* Usted o su médico (u otro profesional autorizado) o alguien más que esté actuando en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
* Lea la Sección D en la página <xx> para saber cómo autorizar a otra persona para actuar como su representante.
* Usted no necesita darle un permiso por escrito a su médico o a otro profesional autorizado para que nos pidan una decisión de cobertura en su nombre.
* Si quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento, lea el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] de este manual. En el Capítulo 7 se describen casos en los que posiblemente tenga que pedirnos que le devolvamos su dinero. También dice cómo puede enviarnos los documentos necesarios para pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento por el que usted ya pagó.
* Si está pidiendo una excepción, envíenos la “declaración de respaldo”. Su médico u otro profesional autorizado deben darnos los motivos médicos para la excepción del medicamento. Esto se llama “declaración de respaldo”.
* Su médico u otro profesional autorizado pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro profesional autorizado también pueden explicarnos sus razones por teléfono y, después, enviarnos una declaración por fax o por correo.

### Si su salud lo requiere, pídanos tomar una “decisión de cobertura rápida”

Usaremos las “fechas límite estándar” a menos que estemos de acuerdo con usar las “fechas límite rápidas”.

* Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
* Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

|  |
| --- |
| **El término legal** para “decisión de cobertura rápida” es **“determinación de cobertura acelerada”**. |

Usted podrá obtener una decisión de cobertura rápida **solo si está pidiendo un medicamento que aún no ha recibido.** (Usted no podrá obtener una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo que le devolvamos el pago por un medicamento que ya ha comprado).

Usted podrá obtener una decisión de cobertura rápida **solo si, al usar las fechas límite estándar, podrían provocarse daños graves a su salud o afectar su capacidad para desempeñarse**.

Si su médico u otro profesional autorizado dicen que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida” tomaremos una decisión de cobertura rápida y se lo comunicaremos mediante carta.

* Si usted pide tomar una decisión de cobertura rápida solo (sin el respaldo de su médico u otro profesional autorizado), nosotros decidiremos si le daremos una decisión de cobertura rápida.
* Si decidimos que su enfermedad no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, entonces usaremos los plazos estándar.
  + Le enviaremos una carta para avisarle. En la carta se le dirá cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar.
  + Puede presentar una “queja rápida” y obtener una respuesta a su queja en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección J en la página <xx>.

### Fechas límite para una “decisión de cobertura rápida”

* Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 24 horas después de recibir su petición. Esto significa 24 horas después de recibir su petición. Si nos está pidiendo una excepción, esto significa 24 horas después de recibir la declaración de su médico o profesional autorizado apoyando su petición. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo requiere.
* Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente examinará su petición.
* **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su petición o la declaración de su médico o profesional autorizado respaldando su petición.
* **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que **No**. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

### Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

* Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir su petición. Si nos está pidiendo una excepción, esto significa 72 horas después de recibir la declaración de su médico o su profesional autorizado apoyando su petición. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo requiere.
* Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente examinará su petición.
* **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o dar la cobertura a más tardar en 72 horas después de recibir su petición o, si nos está pidiendo una excepción, después de recibir la declaración de apoyo de su médico o profesional autorizado.
* **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que **No**. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

### Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” para el pago de un medicamento que ya compró

* Debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 14 días calendario después de recibir su petición.
* Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente examinará su petición.
* **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, le pagaremos a usted a más tardar en 14 días calendario.
* **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que **No**. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

## F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

| En resumen:Cómo presentar una Apelación de Nivel 1  Usted, su médico, profesional autorizado o su representante pueden hacer su petición por escrito y enviarlo por correo o por fax. También puede llamarnos para apelar.   * Haga su solicitud **dentro de 60 días calendario**, después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un buen motivo, todavía podría apelar. * Usted, su médico o profesional autorizado o su representante pueden llamarnos para pedir una apelación rápida. * Consulte esta sección para asegurarse de cumplir con los requisitos para una decisión rápida. También para informarse sobre las fechas límite de las decisiones. |
| --- |

* Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro profesional autorizado o su representante deberán comunicarse con nosotros. Haga constar su nombre, sus datos de contacto y la información sobre el reclamo.
* Si nos pide una apelación estándar, puede hacer su apelación por escrito. También puede llamarnos al <phone number> para pedir una apelación.
* Si quiere una apelación rápida, puede apelar por escrito o puede llamarnos por teléfono.
* Solicite su apelación **a más tardar en 60 días calendario**, a partir de la fecha del aviso que le enviamos con nuestra decisión. Si usted pierde esta fecha límite por un motivo justificado, podríamos darle más tiempo para apelar. Por ejemplo, usted tuvo una enfermedad grave, o no le dimos información correcta sobre la fecha límite para presentar una apelación.
* Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Para pedir una copia, llame a Servicios al miembro al número de teléfono que figura al final de la página.

|  |
| --- |
| **El término legal** para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de los medicamentos de la Parte D es “**redeterminación**” del plan. |

Si quiere, usted y su médico u otro profesional autorizado pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

### Si su salud lo exige, pida una “apelación rápida”

* Si está apelando una decisión tomada por nuestro plan sobre un medicamento que no haya recibido, usted y su médico u otro profesional autorizado deberán decidir si usted necesita una “apelación rápida”.
* Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”, descritos en la Sección F4 en la página <xx>.

|  |
| --- |
| **El término legal** para “apelación rápida” es “**redeterminación acelerada**”. |

### Nuestro plan revisará su apelación y le dirá cuál es nuestra decisión

* Analizaremos con cuidado toda la información sobre su petición de cobertura. Luego revisaremos que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que **No** a su petición. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional autorizado para obtener más información. El revisor no será la persona que tomó la decisión de cobertura original.

### Fechas límite para una “apelación rápida”

* Si usamos las fechas límite rápidas, le daremos nuestra respuesta a más tardar en 72 horas o antes, después de recibir su apelación si su salud lo exige.
* Si no le damos una respuesta a más tardar en esas 72 horas, enviaremos su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) examinará su apelación.
* **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle esa cobertura dentro de 72 horas después de que recibamos su apelación.
* **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicando por qué dijimos que **No.**

### Fechas límite para una “apelación estándar”

* Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 7 días calendario o antes, después de recibir su apelación si su salud lo exige, excepto si está pidiendo un reembolso por un medicamento que ya compró. Si está pidiendo un reembolso por un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario desde que recibimos su apelación. Si cree que su salud lo exige, pida una “apelación rápida”.
* Si no le damos una decisión a más tardar en 7 días calendario, o 14 días calendario si nos solicitó reembolso para un medicamento que ya compró, le enviaremos su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) examinará su apelación.
* **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió:
* Si aprobamos su petición de cobertura, debemos darle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más de 7 días calendario después de recibir su apelación, o 14 días calendario si nos solicitó reembolso por un medicamento que ya compró.
* Si aprobamos una solicitud para devolverle el pago por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.
* **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicando por qué dijimos que **No** y cómo puede apelar nuestra decisión.

## F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

| En resumen:Cómo presentar una Apelación de Nivel 2  Si quiere que la Entidad de revisión independiente (IRE) revise su caso, debe apelar por escrito.   * Haga su solicitud **dentro de 60 días calendario**, después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un buen motivo, todavía podría apelar. * Usted, su médico u otro profesional autorizado o su representante pueden solicitar la Apelación de Nivel 2. * Consulte esta sección para asegurarse de cumplir con los requisitos para una decisión rápida. También para informarse sobre las fechas límite de las decisiones. |
| --- |

Si nuestra respuesta es **No** a todo o parte de su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o si hace otra apelación. Si decide seguir adelante a una Apelación de Nivel 2, la IRE revisará nuestra decisión.

* Si quiere que la IRE revise su caso, su petición de apelación debe ser por escrito. En la carta que le enviemos sobre nuestra decisión en la Apelación de Nivel 1, se le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
* Cuando apele a la IRE, les enviaremos su expediente. Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente, llamando a Servicios al miembro al número de teléfono que figura al final de la página.
* Usted tiene derecho a dar a la IRE otra información para apoyar su apelación.
* La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
* Los revisores de la IRE revisarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta explicando su decisión.

|  |
| --- |
| **El término legal** para una apelación ante la IRE por un medicamento de la Parte D es **“reconsideración”**. |

### Fechas límite para una “apelación rápida” de Nivel 2

* Si su salud lo exige, pida a la IRE una “apelación rápida”.
* Si la IRE está de acuerdo con darle una “apelación rápida”, deberá responder a su Apelación de Nivel 2 a más tardar en 72 horas después de recibir su apelación.
* Si la IRE dice **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle la cobertura de medicamentos a más tardar en 24 horas después de recibir la decisión.

### Fechas límite para una “Apelación estándar” de Nivel 2

* Si usted tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) debe responder a su Apelación de Nivel 2 a más tardar en 7 días calendario después de que recibe su apelación, o 14 días calendario si nos pidió que le devolviéramos el dinero por un medicamento que ya compró.
* Si la IRE dice **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle la cobertura de medicamentos a más tardar en 72 horas después de recibir la decisión.
* Si la IRE aprueba una petición para devolverle el pago por un medicamento que ya pagó, le enviaremos el pago a más tardar en 30 días calendario después de recibir la decisión.

### ¿Y si la Entidad de revisión independiente responde No a su Apelación de Nivel 2?

**No** significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su petición. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si usted quiere pasar al Nivel 3 del proceso de apelaciones, el valor en dólares de la cobertura de los medicamentos que quiere debe alcanzar cierta cantidad mínima. Si el valor en dólares es menor que el mínimo, usted no podrá apelar más aABOABOGAdelante. Si el valor en dólares es suficientemente alto, usted podrá pedir una Apelación de Nivel 3. En la carta que reciba de la IRE, se le dirá el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

# Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital

Cuando le internen en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios que nosotros cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital le prepararán para el día en que usted salga del hospital. También le ayudarán a preparar el cuidado que necesitará después de salir.

* La fecha en que usted sale del hospital es la “fecha de su salida”.
* Su médico o el personal del hospital le dirán cuál será la fecha de su salida.

Si cree que le están pidiendo salir del hospital demasiado pronto, puede pedirnos que cubramos una estadía más larga. En esta sección se le explica cómo hacerlo.

## G1. Aprender sus derechos de Medicare

A más tardar dos días después de que lo internen en el hospital, un trabajador de casos o una enfermera le dará un aviso llamado Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al miembro al número de teléfono que figura al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso con cuidado y pregunte si no entiende algo. En el Mensaje importante se explican sus derechos como paciente en el hospital, incluyendo su derecho a:

* Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos servicios, quién los paga y dónde puede obtenerlos.
* Participar en las decisiones sobre el tiempo de su estadía en el hospital.
* Saber dónde informar sobre las inquietudes que tenga sobre la calidad de su cuidado en el hospital.
* Apelar si cree que le dieron de alta del hospital demasiado pronto.

Usted deberá firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo entendió y que comprende sus derechos. Su firma en el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de su salida que posiblemente le haya dicho su médico o el personal del hospital.

Conserve su copia del aviso firmado para que tenga la información si la necesita.

* Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios al miembro al número de teléfono que figura al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
* También podrá consultar el aviso por internet en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).
* Si necesita ayuda, llame a Servicios al miembro o a Medicare a los teléfonos anotados más arriba.

## G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si quiere que cubramos sus servicios de hospital por un tiempo más largo como paciente hospitalizado, usted deberá presentar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de Calidad revisará la Apelación de Nivel 1 para averiguar si la fecha de su salida es médicamente adecuada.

En South Carolina, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. Para presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 1‑855-843-4776).

### ¡Llame inmediatamente!

Llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad **antes** de salir del hospital y no después de la fecha programada para su salida. En el “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” encontrará información sobre cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad.

| En resumen:Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital  Llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado al 1‑888-317-0751 y pida una “revisión rápida”.  Llame antes de salir del hospital y antes de la fecha programada para su salida. |
| --- |

* **Si llama antes de salir** del hospital, se le permitirá quedarse después de su fecha de salida sin tener que pagar, mientras espera la decisión sobre su apelación tomada por la Organización para el Mejoramiento de Calidad.
* **Si usted no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de su fecha de salida, es posible que tenga que pagar todos los costos por cuidados recibidos del hospital después de la fecha programada de salida.
* **Si pierde la fecha límite** para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede apelar directamente ante nuestro plan. Para conocer los detalles, consulte la Sección G4 en la página <xx>.

Queremos asegurarnos que usted entienda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

* **Si necesita ayuda, pídala.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al miembro al número de teléfono que figura al final de la página. También puede llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP), conocido como I-CARE en South Carolina, al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

### ¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud que reciben pagos de Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

### Pida una “revisión rápida”

Debe pedir a la Organización para el Mejoramiento de Calidad una “**revisión rápida**” de la fecha de su salida. Pedir una “revisión rápida” significa que usted está pidiendo que la organización use las fechas límite rápidas para una apelación en lugar de usar las fechas límite estándar.

|  |
| --- |
| **El** **término legal** para una “revisión rápida” es “**revisión inmediata**”. |

### ¿Qué pasará durante la revisión rápida?

* Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha programada para su salida. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere puede hacerlo.
* Los revisores examinarán su expediente médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.
* Usted recibirá una carta con la fecha de su salida, al medio día del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación. En la carta se le explicarán los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto que se le dé de alta en esa fecha.

|  |
| --- |
| **El** **término legal** para esta explicación por escrito es “**Aviso detallado de su salida**”. Puede obtener una muestra llamando a Servicios al miembro al número de teléfono que figura al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También podrá consultar una muestra del aviso por internet en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices) |

### ¿Y si la respuesta es Sí?

* Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad responde **Sí** a su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios de hospital todo el tiempo que sea médicamente necesario.

### ¿Y si la respuesta es No?

* Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad dice **No** a su apelación, estarán diciendo que su fecha de salida es médicamente adecuada. Si esto ocurre, su cobertura por servicios de hospital como paciente hospitalizado terminará al mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de Calidad nos dé su respuesta.
* Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad dice **No** y usted decide quedarse en el hospital, es posible que tenga que pagar por continuar su estadía hospitalaria. El costo del cuidado de hospital que usted tenga que pagar comienza al mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de Calidad nos dé su respuesta.
* Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su salida, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

## G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su salida, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Tendrá que comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad otra vez y pedir otra revisión.

Pida la revisión de Nivel 2 a **más tardar en 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad respondió **No** a su Apelación de Nivel 1. Usted podrá pedir esta revisión solamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

En South Carolina, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. Puede contactarse con KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776).

| En resumen:Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital  Llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado al 1‑888-317-0751 y pida otra revisión. |
| --- |

* Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad analizarán de nuevo y cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
* Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad tomarán una decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su petición de una segunda revisión.

### ¿Qué sucederá si la respuesta es Sí?

* Debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que recibió desde el mediodía de la fecha de la decisión de su primera apelación. Debemos seguir proporcionando cobertura por su cuidado en el hospital como paciente hospitalizado todo el tiempo que sea médicamente necesario.
* Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

### ¿Qué sucederá si la respuesta es No?

Esto significa que la Organización para el Mejoramiento de Calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. En la carta que recibirá se le dirá qué puede hacer si decide seguir con el proceso de apelaciones.

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía en el hospital después de la fecha programada para su salida.

## G4. Qué sucederá si pierde la fecha límite para apelar

Si pierde la fecha límite para apelar, hay otra manera de apelar en el Nivel 1 y Nivel 2, esto es llamado Apelaciones alternas. Los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

### Apelación alterna de Nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de calidad (que es de hasta 60 días o no más tarde de la fecha de su salida programada, lo que ocurra antes), podrá apelar ante nosotros y pedir una “revisión rápida”. Una “revisión rápida” es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

| En resumen:Cómo presentar una Apelación alterna de Nivel 1  Llame a Servicios al miembro al número que figura al final de la página. Pida una "revisión rápida" de su fecha de alta del hospital. La llamada es gratuita.  Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas. |
| --- |

* Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su estadía en el hospital. Revisamos si la decisión sobre cuándo debería salir del hospital fue justa y si cumple con todas las reglas.
* Usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar para darle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le informaremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de solicitar la “revisión rápida”.
* **Si respondemos Sí a su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo con que usted debe seguir en el hospital después de la fecha de salida. Seguiremos cubriendo los servicios del hospital mientras sigan siendo médicamente necesarios.
* También significa que estamos de acuerdo con devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
* **Si respondemos No a su revisión rápida**, estamos diciendo que la fecha de su salida era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios en el hospital como paciente hospitalizado terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.
* Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **es posible que tenga que pagar el costo total** del cuidado de hospital que recibió después de la fecha de alta programada.
* Enviaremos su apelación a la “Entidad de revisión independiente” para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando respondimos **No** a su apelación rápida. Esto significa que su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

|  |
| --- |
| **El término legal** para “revisión rápida” o “apelación rápida” es **“apelación acelerada”**. |

### Apelación alterna de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Enviaremos la información para su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) a más tardar 24 horas después de cuando le dimos nuestra decisión de Nivel 1. Si usted cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite o con otras fechas límite usted puede presentar una queja. En la Sección J en la página <xx> se explica cómo presentar una queja.

| En resumen: Cómo presentar una Apelación alterna de Nivel 2  Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la IRE. |
| --- |

Durante la Apelación de Nivel 2, la IRE revisará la decisión que tomamos cuando dijimos **No** a su “revisión rápida”. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

* La IRE hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores normalmente le responderán en 72 horas.
* La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
* Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación a la fecha de su salida del hospital.
* Si la IRE responde **Sí** a su apelación, debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que usted recibió desde la fecha programada para su salida del hospital. También debemos continuar cubriendo sus servicios de hospital, siempre y cuando sean médicamente necesarios.
* Si la IRE dice **No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha programada para su salida del hospital era médicamente adecuada.
* En la carta que recibirá de la IRE, se le dirá qué puede hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Además, se le darán los detalles sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3, la que estará a cargo de un juez. Para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 3, consulte la Sección I, en la página <xx>.

# Qué hacer si cree que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto

Esta sección trata solo los siguientes tipos de cuidado:

* Servicios de cuidados de salud en el hogar.
* Cuidados de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
* Cuidados de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.
* Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene derecho a seguir recibiendo servicios cubiertos mientras el médico diga que lo necesita.
* Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos tipos de cuidado, debemos avisarle antes que terminen sus servicios. Cuando termine su cobertura, dejaremos de pagar por su cuidado.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

## H1. Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura

Usted recibirá un aviso por lo menos dos días antes de que dejemos de pagar su cuidado. Este aviso se llama “Notificación de no cobertura de Medicare”. El aviso por escrito le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado y cómo puede apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. Firmar el aviso **no** significa que usted esté de acuerdo con la decisión del plan de que es el momento de dejar de recibir cuidados.

Cuando termine su cobertura, dejaremos de pagar [insert if plan has cost sharing: nuestra parte del costo de su cuidado].

## H2. Apelación de Nivel 1 para continuar su cuidado

Si le parece que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

Antes pedir la apelación, entienda lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

* **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección J en la página <xx> se explica cómo presentar una queja).
* **Si necesita ayuda, pídala.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al miembro al número de teléfono que figura al final de la página. O llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, conocido como I-CARE en South Carolina, al 1-800-868-9095.

| En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para pedir al plan que continúe su cuidado  Llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado al 1‑888-317-0751 y pida una “apelación de vía rápida”.  Haga la llamada antes de salir de la agencia o centro que esté proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada para su salida. |
| --- |

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización para el Mejoramiento de Calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que hayamos tomado. En South Carolina, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. Puede contactarse con KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776).La información sobre cómo apelar ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad se encuentra también en la “Notificación de no cobertura de Medicare” (el aviso que recibió cuando le dijimos que dejaríamos de cubrir sus cuidados).

### ¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud que reciben pagos de Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

### ¿Qué debe pedirles?

Pídales una “apelación de vía rápida”. Es una revisión independiente para determinar si es médicamente adecuado que suspendamos la cobertura de sus servicios.

### ¿Cuál es la fecha límite para comunicarse con esta organización?

* Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad a más tardar al mediodía del día siguiente de haber recibido un aviso por escrito de cuándo dejaremos de cubrir su cuidado.
* Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede presentarnos la apelación directamente a nosotros. Para conocer los detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección H4 en la página <xx>.

|  |
| --- |
| **El término legal** del aviso por escrito es “**Notificación de no cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios al miembro al número de teléfono que figura al final de la página o 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. O consulte una copia en línea, en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI) |

### ¿Qué sucederá durante la revisión hecha por la Organización para el Mejoramiento de Calidad?

* Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere puede hacerlo.
* Cuando presente una apelación, el plan deberá escribirle una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de Calidad explicando por qué deberían terminar sus servicios.
* Los revisores también analizarán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les haya dado.
* **A más tardar un día completo después de que los revisores tengan toda la información que necesiten, le informarán su decisión.** Usted recibirá una carta con la explicación de la decisión.

|  |
| --- |
| **El término legal** para la carta que explica por qué deben terminar sus servicios es “**Notificación detallada de Medicare de que no dará cobertura**”. |

### ¿Qué sucederá si los revisores dicen Sí?

* Si los revisores responden **Sí** a su apelación, debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

### ¿Qué sucederá si los revisores dicen No?

* Si los revisores responden **No** a su apelación, su cobertura terminará en la fecha que le dijimos. Nosotros dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
* Si usted decide seguir recibiendo cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que termine su cobertura, usted podría tener que pagar el costo total por este cuidado.

## H3. Apelación de Nivel 2 para continuar su cuidado

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad respondió **No** a la apelación **y** usted elige seguir recibiendo cuidado después de que termine su cobertura, podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisará la decisión que tomó en el Nivel 1. Si están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, usted podría tener que pagar el costo total de su cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que le dijimos que terminaría su cobertura.

| En resumen:Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para pedir que el plan cubra su cuidado por más tiempo  Llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado al 1‑888-317-0751 y pida otra revisión.  Haga la llamada antes de salir de la agencia o centro que esté proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada para su salida. |
| --- |

En South Carolina, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. Puede contactarse con KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776). Pida la revisión de Nivel 2 a **más tardar en 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad respondió **No** a su Apelación de Nivel 1. Podrá pedir esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

* Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad analizarán de nuevo y cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
* La Organización para el Mejoramiento de Calidad tomará una decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su petición de apelación.

### ¿Qué sucederá si la organización de revisión dice Sí?

* Debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. Debemos seguir proporcionando cobertura por el cuidado todo el tiempo que sea médicamente necesario.

### ¿Qué sucederá si la organización de revisión dice No?

* Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en la Apelación de Nivel 1 y que no la cambiarán.
* En la carta que reciba, se le dirá qué hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Se le darán detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

## H4. Qué sucede si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1

Si pierde la fecha límite para apelar, hay otra manera de apelar en el Nivel 1 y Nivel 2, esto es llamado Apelaciones alternas. Los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

### Apelación alterna de Nivel 1 para continuar su cuidado por más tiempo

| En resumen:Cómo presentar una Apelación alterna de Nivel 1  Llame a Servicios al miembro al número que figura al final de la página. Pida una “revisión rápida”. La llamada es gratuita.  Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas. |
| --- |

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede apelar ante nosotros y pedirnos una “revisión rápida”. Una “revisión rápida” es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

* Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o el cuidado que recibe en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF). Revisamos si la decisión sobre cuándo deberán terminar sus servicios fue justa y si se siguieron todas las reglas.
* Usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar para darle la respuesta a esta revisión. Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de pedirnos una “revisión rápida”.
* **Si respondemos Sí** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo con seguir cubriendo sus servicios mientras sean médicamente necesarios. También significa que estamos de acuerdo con devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
* **Si respondemos No** a su revisión rápida, estamos diciendo que terminar sus servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.
* Si usted sigue recibiendo servicios después del día en que dijimos que terminarían, **usted podría tener que pagar el costo total** de los servicios.

Enviaremos su apelación a la “Entidad de revisión independiente” para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando respondimos **No** a su apelación rápida. Esto significa que su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

|  |
| --- |
| **El término legal** para “revisión rápida” o “apelación rápida” es **“apelación acelerada”**. |

### Apelación alterna de Nivel 2 para continuar su cuidado por más tiempo

Enviaremos la información para su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) a más tardar 24 horas después de cuando le dimos nuestra decisión de Nivel 1. Si usted cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite o con otras fechas límite usted puede presentar una queja. En la Sección J en la página <xx> se explica cómo presentar una queja.

| En resumen:Cómo presentar una Apelación alterna de Nivel 2 para pedir que el plan continúe su cuidado  Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la IRE. |
| --- |

Durante la Apelación de Nivel 2, la IRE revisará la decisión que tomamos cuando dijimos **No** a su “revisión rápida”. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

* La IRE hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores normalmente le responderán en 72 horas.
* La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
* Los revisores de la IRE revisarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación.
* **Si la IRE responde Sí** a su apelación, debemos devolverle nuestra parte de los costos de su cuidado. También debemos continuar cubriendo sus servicios, siempre y cuando sean médicamente necesarios.
* **Si la IRE responde No** a su apelación, esto significa que están de acuerdo con nosotros en que suspender la cobertura de los servicios fue médicamente adecuado.

En la carta que recibirá de la IRE, se le dirá qué puede hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Además, se le darán los detalles sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3, la que estará a cargo de un juez.

# Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

## I1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare

Si hizo una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare y ambas apelaciones fueron rechazadas, usted tiene derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de revisión independiente (IRE) le explicará qué hacer si usted desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en una Apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado adjudicador. Si quiere que un ALJ o abogado adjudicador revise su caso, el artículo o servicio médico que usted está pidiendo, debe cumplir con una cantidad mínima en dólares. Si el valor en dólares es menor que el mínimo, usted no podrá apelar más adelante. Si el valor en dólares es suficientemente alto, usted podrá pedir que un ALJ o abogado adjudicador valore su apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada por el ALJ o abogado adjudicador, puede dirigirse al Consejo de apelaciones de Medicare. Después de ese paso, es posible que usted tenga el derecho a pedir que un tribunal federal examine su apelación.

Si necesita asistencia en cualquier etapa del proceso de apelaciones, puede comunicarse con el Defensor de Healthy Connections Prime. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

## I2. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Healthy Connections Medicaid

Si hizo una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Healthy Connections Medicaid y ambas apelaciones fueron rechazadas, usted tiene derecho a niveles adicionales de apelación. Si tiene preguntas después de su Apelación de Nivel 2, comuníquese con el Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Este defensor le explicará sus opciones y siempre actuará para su beneficio.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia en un Tribunal administrativo (ALC). Si desea una audiencia en un ALC, comience por completar el formulario de "Solicitud de audiencia de caso impugnado" disponible en [www.scalc.net/pub/pubRequestForContestedCaseHearing.pdf](http://www.scalc.net/pub/pubRequestForContestedCaseHearing.pdf). Debe presentar este formulario a más tardar 30 días calendario después de haber recibido la notificación de la decisión de Nivel 2. Apelar tiene un cargo de $25. Si no puede pagar este cargo, puede presentar una “Solicitud de excepción para pagar el cargo administrativo”. Puede encontrar este formulario en [www.scalc.net/pub/pubRequestToWaiveFilingFee.pdf](http://www.scalc.net/pub/pubRequestToWaiveFilingFee.pdf).

Si está apelando una decisión de Nivel 2 tomada por audiencia, usted será responsable del costo de la transcripción de la audiencia. Una transcripción es un registro escrito de la audiencia. El costo de la transcripción es de aproximadamente $16 por cada hora que la persona encargada tarde en escribir la transcripción.

Las reglas para apelar ante el ALC están en [www.scalc.net/rules.aspx](http://www.scalc.net/rules.aspx). Si no sigue las reglas, es posible que su apelación sea desestimada.

# Cómo presentar una queja

## J1. Qué tipos de problemas deberían causar una queja

El proceso de quejas se usa solo para algunos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y los servicios al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

| En resumen:Cómo presentar una queja  Usted puede presentar una queja interna ante nuestro plan o una queja externa ante una organización que no esté conectada con nuestro plan.  Para presentar una queja interna, llame a Servicios al miembro o envíenos una carta.  Hay varias organizaciones diferentes que reciben quejas externas. Para obtener más información, consulte la Sección J3 en la página <xx>. |
| --- |

### Quejas sobre la calidad

* Si no está contento con la calidad del cuidado, como el cuidado que recibió en el hospital.

### Quejas sobre la privacidad

* Si le parece que alguien no respetó su derecho de privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

### Quejas sobre el mal servicio al cliente

* Si un proveedor de cuidado de salud fue grosero o le faltó al respeto.
* Si el personal de <plan name> lo trató mal.
* Si cree que lo están echando del plan.

### Quejas sobre la accesibilidad

* Usted no puede acceder físicamente a los servicios de cuidado de salud y a las instalaciones de la oficina de un doctor u otro proveedor.
* Su proveedor no ofrece las adaptaciones razonables que usted necesita, como un intérprete de idioma de señas estadounidense.

### Quejas sobre los tiempos de espera

* Si tiene problemas para obtener una cita o si esperó demasiado tiempo para obtenerla.
* Si los médicos, farmacéuticos, otros profesionales de la salud, Servicios al miembro u otros miembros del personal del plan lo han hecho esperar demasiado tiempo.

### Quejas sobre la limpieza

* Si le parece que la clínica, hospital o consultorio del médico no están limpios.

### Quejas sobre el acceso lingüístico

* Su doctor o su proveedor no le proporcionan un intérprete durante su cita.

### Quejas sobre las comunicaciones que recibe de nosotros

* Si le parece que no le dimos un aviso o carta que usted debió haber recibido.
* Si cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

### Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

* Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.
* Si cree que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con las fechas límite para aprobar o darle el servicio o devolverle el pago por ciertos servicios médicos.
* Si cree que no enviamos a tiempo su caso a la Entidad de revisión independiente (IRE).

|  |
| --- |
| **El término legal** para una “queja” es un **“reclamo”**.  **El término legal** para “presentar una queja” es “**interponer un reclamo**”. |

### ¿Hay diferentes tipos de quejas?

**Sí.** Usted puede presentar una queja interna o externa. Una queja interna se presenta ante el plan y este la revisa. Una queja externa se presenta y es revisada ante una organización no afiliada con nuestro plan. Para obtener más información sobre quejas internas, lea la siguiente sección. Para obtener más información sobre quejas externas, lea la Sección J3, en la página <xx>.

Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, usted puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

## J2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios al miembro al número que figura al final de la página. Puede presentar una queja en cualquier momento a no ser que sea sobre medicamentos de la Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D, deberá presentarla **a más tardar en 60 días calendario** después de haber tenido el problema por el que se quiere quejar.

* Si hay algo más que usted deba hacer, Servicios al miembro le informará.
* Usted también puede presentar su queja por escrito y enviarla.Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
* [Insert additional description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint, including a fast complaint.]

|  |
| --- |
| **El término legal** para una “queja rápida” es **“reclamo acelerado”**. |

Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que le demos una respuesta en esa misma llamada. Si su enfermedad nos exige que respondamos rápidamente, lo haremos.

* Respondemos la mayoría de las quejas en 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora le conviene a usted, o si usted pide más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más para responder a su queja. Le diremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
* Si presenta una queja porque rechazamos su petición sobre una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, lo trataremos automáticamente como una “queja rápida” y responderemos a su queja en 24 horas.
* Si presenta una queja porque tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura rápida o de apelación, lo trataremos automáticamente como una “queja rápida” y responderemos a su queja en 24 horas.

**Si no estamos de acuerdo** con parte o con toda su queja, se lo diremos y le explicaremos nuestros motivos. Le responderemos estemos o no de acuerdo con la queja.

## J3. Quejas externas

### Usted puede presentar su queja a Medicare

Usted puede enviar su queja a Medicare. El Formulario para presentar quejas a Medicare está disponible en: [es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx).

Medicare toma muy seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene más comentarios o inquietudes o si cree que el plan no está solucionando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

### Puede informar al Defensor de Healthy Connections Prime sobre su queja

Puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime para informarle sobre su queja. Este no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número del Defensor de Healthy Connections Prime es el 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratis, al igual que los servicios. Para obtener más información, también puede visitar [www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish).

### Usted puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles

Si le parece que le han tratado injustamente usted puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos. Por ejemplo, puede quejarse por falta de acceso para discapacitados o de asistencia con idiomas. El teléfono de la Oficina de derechos civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar [www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish) para obtener más información.

Usted puede contactar con la Oficina de derechos civiles en:

Oficina de Derechos Civiles

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70

61 Forsyth Street, S.W.

Atlanta, GA 30303-8909

Teléfono: (800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697

Fax: (202) 619-3818

Usted también puede tener derechos según la Ley de estadounidenses con discapacidades y según la ley estatal. Usted puede comunicarse con el Defensor de Healthy Connections Prime para obtener ayuda. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

### Usted puede presentar una queja ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad

Si su queja es sobre la calidad del cuidado, también tiene dos opciones:

* Puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad (sin presentarla ante nosotros).
* O puede presentar su queja ante nosotros y ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.

La Organización para el Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos de cuidado de salud, pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que se le da a los pacientes de Medicare. Para más información sobre la Organización para el Mejoramiento de Calidad, consulte el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable].

En South Carolina, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. El número de teléfono de KEPRO es 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776).