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

[The plan should refer Participants 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 [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

Introducción

En este capítulo hay información sobre las decisiones de cobertura y sus derechos de reclamos y apelación. Léalo para saber qué hacer, si:

* Usted tiene un problema o una queja sobre su plan.
* Usted necesita un servicio, artículo o medicamento que su IDT o su plan ha dicho que no pagará.
* Usted no está de acuerdo con una decisión tomada por su IDT o su plan sobre su cuidado.
* Usted cree que sus servicios y artículos 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 ayudarlo a encontrar con facilidad la información sobre lo que tiene que hacer para resolver su problema o inquietud.

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 IDT considere necesarios como parte del plan de cuidado, ya sea que estén incluidos en su Plan de vida o por alguna necesidad que haya surgido fuera de su Plan de vida. **Si está teniendo un problema con su cuidado, puede llamar a la Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) al 1-844-614-8800 para que lo ayuden.** Este capítulo explica las diferentes opciones que usted tiene para abordar distintos problemas y quejas. Sin embargo, siempre que lo necesite, usted podrá llamar a la ICAN y solicitar orientación mientras se resuelve su problema.

Para ver recursos adicionales para sus inquietudes y las diferentes maneras de contactarlos, consulte el Capítulo 2 [plan should insert reference, as appropriate] para obtener más información sobre los programas de ombudsman.

[Plan 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](#_Toc139267846)

[A1. Acerca de los términos legales 4](#_Toc139267847)

[B. Dónde llamar para pedir ayuda 4](#_Toc139267848)

[B1. Dónde obtener más información y ayuda 4](#_Toc139267849)

[C. Problemas con su cobertura 5](#_Toc139267850)

[C1. Cómo decidir si debe presentar una apelación o un reclamo 5](#_Toc139267851)

[D. Decisiones de cobertura y apelaciones 6](#_Toc139267852)

[D1. Resumen de decisiones de cobertura y apelaciones 6](#_Toc139267853)

[D2. Obtener ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones 6](#_Toc139267854)

[D3. Usar la sección de este capítulo que puede ayudarle 7](#_Toc139267855)

[E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (pero que no sean medicamentos de la Parte D de Medicare) 9](#_Toc139267856)

[E1. Cuándo usar esta sección 9](#_Toc139267857)

[E2. Pedir una decisión de cobertura 10](#_Toc139267858)

[E3. Apelación de Nivel 1 de servicios, artículos y medicamentos (pero que no sean medicamentos de la Parte D de Medicare) 13](#_Toc139267859)

[E4. Apelación de Nivel 2 de servicios, artículos y medicamentos (pero que no sean medicamentos de la Parte D de Medicare) 18](#_Toc139267860)

[E5. Problemas de pagos 19](#_Toc139267861)

[F. Medicamentos de la Parte D de Medicare 21](#_Toc139267862)

[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 21](#_Toc139267863)

[F2. Qué es una excepción 23](#_Toc139267864)

[F3. Qué cosas importantes debe saber cuando pide una excepción 24](#_Toc139267865)

[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 25](#_Toc139267866)

[F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D 28](#_Toc139267867)

[F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D 30](#_Toc139267868)

[G. Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital 32](#_Toc139267869)

[G1. Aprender sus derechos de Medicare 32](#_Toc139267870)

[G2. Apelación de Nivel 1 ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) para cambiar su fecha de salida del hospital 33](#_Toc139267871)

[G3. Apelación de Nivel 2 ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) para cambiar su fecha de salida del hospital 35](#_Toc139267872)

[G4. Qué sucederá si pierde la fecha límite para apelar 36](#_Toc139267873)

[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 38](#_Toc139267874)

[H1. Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura 38](#_Toc139267875)

[H2. Apelación de Nivel 1 de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) para continuar su cuidado 39](#_Toc139267876)

[H3. Apelación de Nivel 2 de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) para continuar su cuidado 41](#_Toc139267877)

[H4. Qué sucede si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1 41](#_Toc139267878)

[I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 43](#_Toc139267879)

[I1. Pasos siguientes para los servicios, artículos y medicamentos (pero que no sean medicamentos de la Parte D de Medicare) 43](#_Toc139267880)

[I2. Pasos siguientes para medicamentos de la Parte D de Medicare 43](#_Toc139267881)

[J. Cómo presentar un reclamo 44](#_Toc139267882)

[J1. Qué tipos de problemas pueden reclamarse 44](#_Toc139267883)

[J2. Reclamos internos 46](#_Toc139267884)

[J3. Reclamos externos 46](#_Toc139267885)

# 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 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:

* “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”

Entender y conocer el significado de los términos legales adecuados puede ayudarlo 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.

### Usted puede obtener ayuda de Independent Consumer Advocacy Network

Si necesita ayuda, siempre puede llamar a ICAN. El estado creó ICAN, que es un programa ombudsman para ayudarlo con apelaciones y otros asuntos. ICAN podrá responder a sus preguntas y lo ayudará a comprender qué hacer para resolver su problema. Para más información sobre los programas de ombudsman, consulte el Capítulo 2 [plan should insert reference, as appropriate].

No está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. ICAN podrá ayudarlo a comprender sus derechos y cómo compartir sus inquietudes o desacuerdo. ICAN también puede ayudarlo a comunicarnos sus inquietudes o desacuerdo. El teléfono gratuito de ICAN es 1-844-614-8800. Los servicios son gratuitos.

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

Usted también puede llamar al SHIP, un programa del estado patrocinado por el gobierno federal. En el estado de New York, el SHIP se denomina Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP). Los consejeros de HIICAP podrán responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer para solucionar su problema. Este programa no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. HIICAP cuenta con consejeros capacitados y sus servicios son gratuitos. El número de teléfono de HIICAP es 1-800-701-0501, y su sitio web es <*insert website information>*.

### Cómo obtener ayuda de Medicare

También puede llamar directamente a Medicare para solicitar ayuda con sus 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
* Visite el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](http://es.medicare.gov)).

# Problemas con su cobertura

## C1. Cómo decidir si debe presentar una apelación o un reclamo

**Si usted tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que describan el proceso para su tipo de inquietud.** En la siguiente tabla podrá encontrar la sección adecuada de este capítulo para apelaciones o reclamos.

| **¿Su problema o inquietud está relacionado con su cobertura?**  (Esto incluye problemas relacionados con la cobertura de sus servicios, artículos o medicamentos de receta; la manera en la cual están cubiertos; y los problemas relacionados con los pagos por servicios, artículos o medicamentos de receta). | |
| --- | --- |
| **Sí.** Mi problema es sobre  la cobertura.  Vaya a la **Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones”**, en la página <xx>. | **No.** Mi problema no es sobre  la cobertura.  Salte a la **Sección J: “Cómo presentar un reclamo”** 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 inicial que toma su IDT, el plan o un especialista autorizado sobre sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que el plan pagará por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. El IDT, el plan o el especialista autorizado toma una decisión de cobertura cada vez que decide qué cubriremos y cuánto pagará el plan. Los especialistas autorizados incluyen dentistas, optometristas, oftalmólogos y audiólogos.

Si usted o su proveedor no están seguros si un servicio, artículo o medicamento están cubiertos por el plan, cualquiera de ustedes puede pedir una decisión de cobertura antes de que el proveedor proporcione el servicio, artículo o medicamento.

### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión tomada por su IDT, el plan o un especialista autorizado y que la modifiquemos, si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, el IDT, el plan o un especialista autorizado podría decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted quiere no está cubierto. Si usted o su proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar.

**NOTA:** Usted es miembro de su IDT. Usted puede apelar incluso si participó en las discusiones que llevaron a la decisión de cobertura que quiere 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 participante** al <phone number>.
* Llame a su **Administrador de cuidados** al <phone number>.
* Llame a **ICAN** para obtener ayuda gratuita. ICAN es una organización independiente. No está conectada con este plan. El número de teléfono es 1-844-614-8800.
* Llame a **HIICAP** para obtener ayuda gratuita. HIICAP es una organización independiente. No está conectada con este plan. El número de teléfono es 1-800-701-0501.
* Hable con **su proveedor.** Su proveedor podrá pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación en su nombre.
* 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.
* Cualquier persona puede ayudarlo a pedir una determinación de cobertura o una apelación.
* Solamente alguien a quién usted nombre por escrito puede representarlo durante una apelación. Si usted desea que un amigo, un pariente u otra persona sea su representante durante su apelación, puede llenar un formulario de “Nombramiento de un representante” o puede escribir y firmar una carta que indique quién quiere que sea su representante.
* Para obtener un formulario de “Nombramiento de representante”, puede llamar a Servicios al participante.
* También podrá obtener este formulario en**Error! Hyperlink reference not valid.** [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) [plan 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. **O**
* Usted puede escribir una carta y enviárnosla o pedirle a la persona que figura en la carta como su representante que la envíe a nuestras oficinas.
* **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 necesita 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 sobre qué hacer si tiene problemas relacionados con los servicios, artículos y medicamentos (pero **no** medicamentos de la Parte D de Medicare). Por ejemplo, use esta sección si:
* No está recibiendo un servicio que usted quiere y cree que el plan lo cubre.
* El IDT, plan o especialista autorizado no aprobaron algún servicio, artículo o medicamento que su proveedor 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 [plan should insert symbol used in the Drug List to indicate Medicaid covered drugs] **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F en la página <xx> para ver las instrucciones sobre el proceso de apelación de la Parte D.
* Usted recibió servicios o artículos que usted cree deberían estar cubiertos, pero el IDT, el plan o el especialista autorizado decidieron que el plan no pagará por este cuidado.
* Usted recibió y pagó servicios o artículos que creía que estaban cubiertos y quiere pedirle al plan que le devuelva 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 la 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 pedirle al plan o a su IDT que hagan una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos del plan.
* Quiere pedirle al plan o a su IDT que cancelen los límites en la cantidad del medicamento que usted puede recibir.
* Quiere pedirle al plan o a su IDT que cubran un medicamento que requiere autorización previa (PA) o aprobación.
* El plan o su IDT no aprobaron su petición o excepción y usted o su proveedor creen que deberíamos haberlo aprobado.
* Quiere pedirle al plan que pague por un medicamento de receta que ya compró. (Esto es, pedirle al plan o a su IDT 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 proveedor le está dando de alta demasiado pronto. Use esta sección si:
* Usted está en el hospital y cree que su proveedor ha pedido que usted reciba el alta del hospital demasiado pronto.
* **La Sección H en la página <xx>** le da información si usted cree que su cuidado de salud en el hogar, los servicios en un centro de enfermería especializada (SNF) o los servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto.

Si no está seguro sobre qué sección debe usar, llame a Servicios al participante al <phone number>.

Si necesita otra ayuda o información, llame a ICAN al 1-844-614-8800.

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

## E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección le informa lo que tiene que hacer si tiene problemas con su cobertura de cuidados médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios de cuidado a largo plazo. 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 [plan should insert symbol used in the Drug List to indicate Medicaid covered drugs] **no** están cubiertos por la Parte D. Utilice la Sección F de este capítulo para obtener información sobre las 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 el plan cubre un servicio médico, de salud del comportamiento o de cuidado a largo plazo que usted necesita, pero no está recibiendo.

**Qué puede hacer:** Puede pedirle a su IDT, al plan o a un especialista autorizado que tomen una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 en la página <xx> para obtener información sobre cómo pedir una decisión de cobertura. Si no está de acuerdo con esa decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

1. El IDT, el plan o el especialista autorizado no aprobaron el cuidado que su proveedor quiere darle y usted cree que deberían haberlo hecho.

**Qué puede hacer:** Puede apelar la decisión de no aprobar los servicios. Consulte la Sección E3 en la página <xx> para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

1. Usted recibió servicios o artículos que usted creía que el plan cubría, pero el IDT, el plan o el especialista autorizado decidieron que el plan no pagará por ellos.

**Qué puede hacer:** Usted puede apelar la decisión de no pagar los servicios del plan. Consulte 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 el plan le devuelva lo que usted pagó por dichos servicios o artículos.

**Qué puede hacer:** Puede pedir al IDT, al plan o al especialista autorizado que autoricen que el plan le devuelva lo que usted pagó. Consulte la Sección E5 en la página <xx> para obtener información sobre cómo pedir la devolución de su pago.

1. El IDT, el plan o el especialista autorizado cambiaron o suspendieron su cobertura para cierto servicio y usted no está de acuerdo con la decisión.

**Qué puede hacer:** Usted puede apelar la decisión para cambiar 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, cuidado en un SNF o cuidado en un 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 obtener servicios médicos, servicios de salud del comportamiento o servicios de cuidado de la salud a largo plazo

Si hay algún servicio, artículo o medicamento que usted cree que necesita, pida a su IDT, al plan o a un especialista autorizado que aprueben el servicio, artículo o medicamento para usted. Puede hacerlo comunicándose con su administrador de cuidados y diciéndole que usted quiere una decisión de cobertura. O bien, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o pídale a su representante o a su proveedor que se comuniquen con nosotros y nos pidan tomar una decisión de cobertura.

* Puede llamarnos al: <phone number>. Los usuarios de TTY deben llamar al <phone number>.
* Puede enviarnos un fax al: <fax number>
* Puede escribirnos a: <address>

Una vez que la haya pedido, el IDT, el plan o el especialista autorizado tomarán una decisión de cobertura.

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

Generalmente, lleva hasta 3 días laborables 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 usted no recibe una decisión a más tardar en 14 días calendario (o 72 horas para los medicamentos de receta de la Parte B de Medicare), puede apelar.

A veces, el IDT, el plan o el especialista autorizado necesitarán más tiempo para tomar una decisión. En este caso, usted recibirá una carta donde se indica que podríamos tardar hasta 14 días calendario adicionales. 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.

Hay tres excepciones a la fecha límite de la decisión descrita arriba:

* Para las decisiones de cobertura relacionadas con continuar o aumentar sus servicios de cuidados de salud actuales, usted recibirá una decisión en 1 día laborable.
* Para las decisiones de cobertura sobre servicios de cuidados de salud en el hogar después de una estadía en el hospital, usted recibirá una decisión en 1 día laborable. Sin embargo, si el día siguiente a su petición es fin de semana o un feriado, usted recibirá la decisión en 72 horas.
* Para las decisiones de cobertura sobre un servicio, artículo o medicamento que ya haya recibido, usted recibirá una decisión en 14 días calendario.

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

**Sí.** Si, debido a su salud, necesita una respuesta más rápida, pida que se tome una “decisión de cobertura rápida”. Si el IDT, el plan o el especialista autorizado aprueban su pedido, usted recibirá nuestra decisión a más tardar en 24 horas. El límite de 24 horas solo es aplicable para los medicamentos de receta de la Parte B de Medicare.

Sin embargo, a veces el IDT, el plan o el especialista autorizado necesitan más tiempo. En este caso, usted recibirá una carta donde se indica que podríamos tardar hasta 14 días calendario adicionales. 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**”. |

### Si usted quiere pedir una decisión de cobertura rápida, puede hacer una de las siguientes cosas:

* Llame a su administrador de cuidados.
* Llame a Servicios al participante al <phone number> o envíenos un fax al <fax number>.
* Pida a su proveedor o representante que llame a Servicios al participante.

### 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. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si está pidiendo la cobertura de un servicio, artículo o medicamento que aún no ha recibido**. (Usted no podrá solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud tiene que ver con un pago por un servicio, artículo o medicamento que ya recibió).
2. Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si la fecha límite estándar de 3 días laborables (o de 72 horas para los medicamentos de receta de la Parte B de Medicare) podría poner gravemente en peligro su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar un desempeño máximo.**

* Si su proveedor determina que necesita una decisión de cobertura rápida, la recibirá automáticamente.
* Si nos pide una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su proveedor, el IDT, el plan o el especialista autorizado decidirán si usted puede obtener una decisión de cobertura rápida.
* Si el IDT, el plan o el especialista autorizado deciden que su salud no cumple con los requisitos para que tomemos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. El IDT, el plan o el especialista autorizado también usarán en su lugar la fecha límite estándar de 3 días laborables (o de 72 horas para los medicamentos de receta de la Parte B de Medicare).
* Esta carta indicará que, si su proveedor nos pide que tomemos la decisión de cobertura rápida, usted la recibirá automáticamente.
* La carta indicará también cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre la 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 reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J en la página <xx>.

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

Si la respuesta es **No**, recibirá una carta con la explicación. El plan o su IDT también le avisarán por teléfono.

* Si el IDT, el plan o el especialista autorizado dicen que **No**, usted tiene derecho a pedirnos que cambiemos esta decisión. Usted puede hacerlo mediante una apelación (o “presentando” una apelación). Apelar significa pedir que nuestro plan revise la 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 de servicios, artículos y medicamentos (pero que no sean medicamentos de la Parte D de Medicare)

### ¿Qué es una apelación?

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

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, usted puede llamar a ICAN al 1-844-614-8800. No está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

### ¿Qué es una Apelación de Nivel 1?

Una Apelación de Nivel 1 es la primera apelación presentada ante <plan name>. Nuestro plan comprobará su decisión de cobertura para ver si es correcta. El revisor será alguien de nuestro plan que no es parte de su IDT y que no participó en la decisión de cobertura inicial. Cuando terminemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito. Si usted necesita una decisión rápida por su salud, también trataremos de comunicarnos con usted por teléfono.

Si nuestra decisión en la Apelación de Nivel 1 no resulta en favor suyo, reenviaremos automáticamente su apelación a la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) para una Apelación de Nivel 2.

### ¿Cómo presento 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 se le dijo 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. |
| --- |

* Para comenzar su apelación, usted, su proveedor o su representante deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al <phone number> o puede apelar por escrito. Para saber más sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación, consulte el Capítulo 2 [plan may insert reference, as applicable].
* Usted podrá presentar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
* Si usted está pidiendo una apelación rápida, debe llamarnos al <toll-free number>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>.
* Si usted está pidiendo una apelación estándar, presente su apelación por escrito o llámenos.
* Usted puede usar el Formulario de petición de apelación anexo al Aviso de determinación de cobertura.
* Puede enviar su petición a la siguiente dirección: <address>
* También puede llamarnos al <toll-free number> para apelar. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>.

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

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

**Sí.** Cualquier persona puede pedir la apelación por usted, pero solamente una persona que usted nombre por escrito puede representarlo durante su apelación. Para nombrar a alguien como su representante, usted deberá completar un formulario de “Nombramiento de un representante” o escribir una carta y firmarla, indicando quién quiere que sea su representante. El formulario o la carta 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 representante”, puede llamar a Servicios al participante y solicitar el formulario. También podrá obtener este formulario en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf) [plan 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. **O**
* Usted puede escribir una carta y enviárnosla o pedirle a la persona que figura en la carta como su representante que la envíe a nuestras oficinas.

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

Usted debe pedir una apelación **a más tardar 60 días calendario** después de la fecha de la carta que recibió donde se indica 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 se le dijo 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.** Llame a Servicios al participante al <phone number> y pida una copia del expediente de su caso. Le proporcionaremos una copia sin costo.

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

**Sí**, usted y su proveedor pueden darnos más información para respaldar su apelación.

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

Nosotros analizaremos con atención toda la información sobre su petición de cobertura de servicios o artículos. Luego comprobaremos que se hayan seguido todas las reglas, cuando el IDT, el plan o el especialista autorizado le dijeron que **No** a su pedido. El revisor será alguien que no es parte de su IDT y que no participó en la decisión inicial.

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

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

Si su apelación es sobre medicamentos de receta de Medicaid o un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, debemos darle nuestra respuesta a más tardar 7 días calendario después de recibir su apelación. Para todas las demás apelaciones, debemos darle nuestra respuesta a más tardar 30 días calendario desde la fecha en que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión más pronto si su enfermedad 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 más tiempo para tomar una decisión, le enviaremos una carta explicándole 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 tiempo adicional, usted puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos tiempo adicional. Cuando usted presente un reclamo rápido, responderemos a su reclamo dentro de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J en la página <xx>.
* Si no le damos una respuesta a su apelación “estándar” a más tardar en 7 días calendario (para medicamentos de receta de Medicaid o medicamentos de receta de la Parte B de Medicare) o en 30 días calendario (para todas las demás apelaciones) o al final del tiempo adicional (si se tomó), su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Nosotros le avisaremos cuando esto ocurra. 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 la cobertura a más tardar 7 días calendario después de recibir su apelación por medicamentos de receta de Medicaid o medicamentos de receta de la Parte B de Medicare, o 30 días calendario después de recibir su apelación de otro tipo.

**Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. La carta indicará que enviamos su caso a la OAH para una Apelación de Nivel 2. Para saber más sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página <xx>.

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

Si usted pide una apelación rápida, le daremos una respuesta a más tardar en 72 horas a partir del momento en que recibamos 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 tiempo adicional 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 tiempo adicional, usted puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos tiempo adicional. Cuando usted presente un reclamo rápido, responderemos a su reclamo dentro de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J en la página <xx>.
* Si no respondemos su apelación dentro de 72 horas o al terminar el tiempo adicional (si se tomó), enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Nosotros le avisaremos cuando esto ocurra. 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 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, trataremos de comunicarnos con usted por teléfono o en persona. También le enviaremos una carta. La carta indicará que enviamos su caso a la OAH para una Apelación de Nivel 2. 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 el IDT, el plan o el especialista autorizado decidieron cambiar o detener la cobertura de un servicio, artículo o medicamento que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la acción propuesta.

Si no está de acuerdo con la medida tomada, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 1. Seguiremos cubriendo el servicio, artículo o medicamento si usted pide una Apelación de Nivel 1 **durante los 10 días calendario siguientes la fecha del matasellos en nuestro aviso o a la fecha de efectividad de la acción**, lo que sea más tarde.

Si actúa antes de la fecha límite, usted seguirá recibiendo el servicio, artículo o medicamento sin cargo, mientras su apelación esté pendiente. Todos los demás servicios, artículos o medicamentos (que no sean parte de su apelación) también seguirán sin cambios.

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

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

Si le respondemos que **No** a una parte o toda su Apelación de Nivel 1, enviaremos automáticamente su caso al proceso de apelaciones de Nivel 2 para que la revise la OAH.

### ¿Qué es una Apelación de Nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 es la segunda apelación hecha por una OAH. La OAH es una organización independiente que no está relacionada con <plan name>. OAH es parte de la Unidad de audiencias administrativas de FIDA de la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados (OTDA) del estado.

### ¿Qué pasará en la Apelación de Nivel 2?

Enviaremos automáticamente todos los rechazos de Nivel 1 (en todo o parte) a la OAH para una Apelación de Nivel 2. Le avisaremos que su caso fue enviado al Nivel 2 y que OAH se comunicará con usted. El aviso también le dará la información de contacto de OAH, en caso de que ellos no se comuniquen con usted para programar la audiencia para la Apelación de Nivel 2. Usted debe recibir un Aviso de audiencia administrativa de OAH por lo menos 10 días calendario antes de la fecha de su audiencia. Su audiencia la realizará un funcionario de audiencias, en persona o por teléfono. Usted puede pedirnos una copia gratuita del expediente de su caso llamando a Servicios al participante al <phone number>.

Su Apelación de Nivel 2 será una apelación “estándar” o una apelación “rápida”. Si usted tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, tendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. Además, si OAH determina que usted necesita una apelación rápida, le darán una. De otra manera, usted tendrá una apelación estándar.

**Apelación de Nivel 2 estándar:** Si su apelación estándar es sobre medicamentos de receta de Medicaid o un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, OAH deberá darle una respuesta a más tardar 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación. Para todas las demás apelaciones estándar, OAH deberá darle una respuesta [insert 90 in demonstration year one; insert 62 in demonstration years two and three] días calendario después de la fecha en que pidió la apelación a nuestro plan. OAH deberá darle una decisión más pronto si su estado de salud así lo exige.

**Apelación de Nivel 2 rápida:** OAH deberá darle una respuesta a más tardar 72 horas después de recibir su apelación.

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

Si usted era elegible para la continuación de beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento bajo la apelación también continuarán durante el Nivel 2. Consulte la página <xx> para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

Todos los demás servicios, artículos y medicamentos (que no sean parte de su apelación) también continuarán sin cambios.

### ¿Cómo sabré cuál es la decisión?

Cuando OAH tome una decisión, le enviarán una carta explicándole su decisión y dándole información sobre sus derechos de apelación adicionales. Si fue elegible para una apelación rápida, OAH también le comunicará la decisión por teléfono.

* Si OAH responde que **Sí** a todo o parte de lo que usted pidió, debemos autorizar inmediatamente los artículos o servicios (a más tardar 1 día laborable después de la fecha de la decisión).
* Si OAH responde que **Sí** a una parte o a todo lo que usted pidió en su apelación estándar para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o darle el medicamento de receta de la Parte B de Medicare a más tardar en 1 día laborable después de recibir la decisión de OAH.
* Si OAH 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”. Usted puede apelar adicionalmente la decisión de OAH.

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

Si no está de acuerdo con la decisión de OAH, usted puede apelar esta decisión ante el Consejo de apelaciones de Medicare (MAC), para una Apelación de Nivel 3. La OAH no envía automáticamente sus decisiones a MAC. Por esto, usted tendrá que pedir una apelación. Las instrucciones sobre cómo pedir una apelación ante MAC estarán incluidas en el aviso de decisión de OAH.

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

## E5. Problemas de pagos

<Plan name> tiene reglas para obtener servicios, artículos y medicamentos. Una de las reglas es que los servicios, artículos o medicamentos que usted reciba deben estar cubiertos por nuestro plan. Otra regla es que usted debe recibir sus servicios, artículos y medicamentos de los proveedores con los que trabaje nuestro plan. Además, en ocasiones hay reglas que requieren que obtenga una aprobación previa para un artículo o servicio antes de recibirlo. El Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable] explica las reglas, incluso las reglas especiales para cuando recién se une al plan. Si usted sigue todas las reglas, pagaremos por sus servicios, artículos y medicamentos.

Si usted no está seguro de si pagaremos por algún servicio, artículo o medicamento, pregúntele a su administrador de cuidados. Su administrador de cuidados podrá decirle si es probable que paguemos por su servicio, artículo o medicamento o si necesita pedirnos una decisión de cobertura.

Si decide obtener un servicio, artículo o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan o si usted obtiene un servicio, artículo o medicamento de un proveedor con el que nuestro plan no trabaja, entonces no pagaremos automáticamente por el servicio, artículo o medicamento. En ese caso, es posible que usted tenga que pagar por el servicio, artículo o medicamento.

Si usted desea pedirnos un pago, comience por leer el Capítulo 7: “Cómo pedirnos que paguemos una factura que usted haya recibido por servicios, artículos o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en que usted podría necesitar pedirnos 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.

### ¿Y si seguí las reglas para obtener los servicios, artículos y medicamentos, pero recibí una factura de un proveedor?

No les permitimos a los proveedores que le cobren por sus artículos, medicamentos o servicios cubiertos. Esto se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un artículo, medicamento o servicio cubierto. Usted nunca tendrá que pagar el saldo de ninguna factura. [Plan with cost sharing inserts: 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 alguna factura [plan with cost sharing inserts: más alta que su copago] por artículos, medicamentos y servicios cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura,** Contactaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.

### ¿Puedo pedirles que me devuelvan lo que pagué por un servicio, artículo o medicamento?

Recuerde que si recibe una factura [plan with cost sharing inserts: más alta que su copago] por artículos, medicamentos y servicios cubiertos, no debe pagar la factura usted mismo. Pero si recibe una factura por error y la paga, usted podrá recibir un reembolso si siguió las reglas para recibir los servicios, artículos y medicamentos.

Si está pidiendo que le devuelvan el pago, está pidiendo que el plan o su ITD tome una decisión de cobertura. El plan o su IDT decidirán si el servicio, artículo o medicamento que usted pagó está cubierto y comprobaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

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

### ¿Y si el plan o el IDT dicen que el plan no pagará?

Si usted no está de acuerdo con la decisión del plan o de su IDT, **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, artículo o medicamento que usted ya recibió y pagó, no puede pedir una apelación rápida.

Si respondemos que **No** a su apelación, enviaremos su caso automáticamente a OAH. Le notificaremos por carta si esto pasa.

* Si OAH no está de acuerdo con la 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 OAH dice que **No** a su apelación, eso significa que están de acuerdo con la decisión de no aprobar su pedido. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”). Usted puede apelar esta decisión ante MAC, como se describe en la Sección I en la página <xx>.

# Medicamentos de la Parte D de Medicare

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

Su cobertura como participante de nuestro plan incluye muchos medicamentos de receta. Casi todos son “medicamentos de la Parte D”. Hay unos cuantos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que 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 [plan should insert symbol used in the Drug List to indicate Medicaid covered drugs]. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo [plan should insert symbol used in the Drug List to indicate Medicaid covered drugs] siguen el proceso de la **Sección E** en la página <xx>.

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

**Sí.** Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que puede pedir que su <plan name> o su IDT tomen sobre sus medicamentos de la Parte D:

* Usted pide que el plan o su IDT hagan una excepción, como las siguientes:
* Pedirle al plan o a su IDT que cubran un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos del plan.
* Pedirle al plan o a su IDT que omitan una restricción a la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
* Usted le pregunta al plan o a su IDT si un medicamento está cubierto en su caso (por ejemplo, cuando su medicamento está en nuestra Lista de medicamentos del plan pero le pedimos que obtenga 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 con quién comunicarse para pedir una decisión de cobertura.

* Quiere pedirle al plan o a su IDT que decidan si el plan debe pagar 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 el plan o su IDT hayan tomado, usted puede apelar. 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 pedirle al plan o a su IDT que hagan una “excepción”.

Cuando usted nos pida que hagamos una excepción, su profesional autorizado deberá explicar los motivos médicos por los que usted necesita que hagamos la excepción.

Estos son ejemplos de excepciones que usted o su profesional autorizado pueden pedirle al plan o a su IDT:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra Lista de medicamentos.
2. 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, consulte el Capítulo 5 [plan 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 PA.] Obtener una aprobación antes que el plan cubra el medicamento para usted. (Esto se llama a veces PA).
* [Omit if plan does not use step therapy.]Probar un medicamento diferente antes que el plan cubra 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. El plan limita la cantidad que usted puede tener de algunos medicamentos.

|  |
| --- |
| 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 cosas importantes debe saber cuando pide una excepción

### Su profesional autorizado debe decirnos los motivos médicos

Su profesional autorizado deberá presentarle al plan o a su IDT una declaración explicando las razones médicas para pedirnos que hagamos una excepción. La decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su 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, el plan o su IDT no aprueban 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.

### <Plan name> o su IDT dirán Sí o No a su petición de una excepción

* Si el plan o su IDT dicen 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 proveedor siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
* Si el plan o su IDT dicen que **No** a su petición de una excepción, puede apelar para pedir una revisión sobre la decisión. La Sección F5 en la página <xx> le dice cómo apelar.

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

| En resumen:Cómo pedir una decisión de cobertura por un medicamento o por un pago  Llame por teléfono, escriba o envíe un fax a su administrador de cuidados o a Servicios al participante. O bien, pídale a su representante o profesional autorizado que soliciten una decisión de cobertura por usted. Recibirá una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar a más tardar en 72 horas. Recibirá una respuesta sobre la devolución de un medicamento de la Parte D que usted ya pagó en 14 días calendario.   * Si está pidiendo una excepción, incluya la declaración de respaldo de su profesional autorizado. * Usted o su 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. |
| --- |

### Qué hacer

* Pida el tipo de decisión de cobertura que quiere. Haga su petición por teléfono, por correo o por fax a su administrador de cuidados o a Servicios al participante para realizar su petición. Usted, su representante o su profesional autorizado pueden hacerlo. Puede llamar a Servicios al participante al <phone number>. Puede llamar a su administrador de cuidados al <phone number>. Haga constar su nombre, sus datos de contacto y la información sobre el reclamo.
* Usted, su profesional autorizado o representante pueden solicitar 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 profesional autorizado para que pida una decisión de cobertura en su nombre.
* Si quiere pedirle al plan que le devolvamos el pago por un medicamento, lea el Capítulo 7 [plan 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 el costo de un medicamento por el que usted ya pagó.
* Si está pidiendo una excepción, envíenos la “declaración de respaldo”. Su profesional autorizado deberá presentarle al plan o a su IDT las razones médicas para la excepción del medicamento. Esto se llama “declaración de respaldo”.
* Su profesional autorizado puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su profesional autorizado también puede comunicarse con nosotros por teléfono y, después, enviarnos una declaración por fax o por correo.

### Si su salud lo exige, pida una “decisión de cobertura rápida”

Las “fechas límite estándar” se aplicarán a menos que el plan o su IDT estén de acuerdo con usar las “fechas límite rápidas”.

* Una **decisión de cobertura estándar** significa que el plan o su IDT le darán una respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir la declaración de su profesional autorizado.
* Una **decisión de cobertura rápida** significa que el plan o su IDT le darán una respuesta a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de su profesional autorizado.

|  |
| --- |
| 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 profesional autorizado dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, el plan o su IDT aceptarán tomar una decisión de cobertura rápida y se lo comunicarán mediante una carta.

* Si usted nos pide tomar una decisión de cobertura rápida (sin el respaldo de su profesional autorizado), el plan o su IDT decidirán si le darán una decisión de cobertura rápida.
* Si el plan o su IDT deciden que su enfermedad no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos las fechas límite estándar en lugar de las rápidas. Se lo diremos en una carta. En la carta se le indicará cómo presentar un reclamo sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar. Puede presentar un “reclamo rápido” y obtener una respuesta a su reclamo en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J en la página <xx>.

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

* Si el plan o su IDT usan las fechas límite rápidas, usted recibirá una repuesta a más tardar en 24 horas. Esto significa 24 horas después de que el plan o su IDT reciben su petición. O, si nos está pidiendo una excepción, en el plazo de 24 horas después de que el plan o su IDT reciban la declaración de su profesional autorizado apoyando su petición. Usted recibirá una respuesta más rápido, si su salud lo exige.
* Si el plan o su IDT no cumplen con esta fecha límite, enviaremos su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) examinará su pedido.
* **Si la 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 profesional autorizado respaldando su petición.
* **Si la respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, usted recibirá una carta explicándole por qué. 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 el plan o su IDT usan las fechas límite estándar, usted recibirá una respuesta a más tardar 72 horas después de recibir su petición. O bien, si nos está pidiendo una excepción, en el plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su profesional autorizado. Usted recibirá una respuesta más rápido, si su salud lo exige.
* Si el plan o su IDT no cumplen con esta fecha límite, enviaremos su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la IRE revisará su petición.
* **Si la 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 respaldo de su profesional autorizado.
* **Si la respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, usted recibirá una carta explicándole por qué. En la carta también se le explicará cómo puede apelar a la decisión.

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

* El plan o su IDT deben darle una respuesta a más tardar 14 días calendario después de recibir su petición.
* Si el plan o su IDT no cumplen con esta fecha límite, enviaremos su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la IRE revisará su petición.
* **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, le pagaremos a más tardar 14 días calendario después de recibir su petición.
* **Si la respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, usted recibirá una carta explicándole por qué. En la carta también se le explicará cómo puede apelar a la decisión.

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

| En resumen:Cómo presentar una Apelación de Nivel 1  Usted, su 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 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 profesional autorizado o su representante deben comunicarse con nosotros. Haga constar su nombre, sus datos de contacto y la información sobre el reclamo.
* Si nos escribe por una apelación estándar, puede hacer su apelación por escrito. También puede llamarnos al <phone number> para apelar.
* Si quiere una apelación rápida, puede apelar por escrito o puede llamarnos por teléfono.
* Presente su petición de apelación **a más tardar 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso 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 participante al <phone number>.

|  |
| --- |
| 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 profesional autorizado pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

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

* Si está apelando una decisión que el plan o su IDT tomaron sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su 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”, incluidos 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. Comprobaremos que se hayan seguido todas las reglas cuando el plan o su IDT le dijeron que **No** a su petición. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su 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 IRE revisará 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** y cómo puede apelar nuestra decisión.

### 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 IRE revisará 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 IRE revise su caso, su petición de apelación debe ser 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 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 respondemos que **No** a todo o parte de su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o si hace otra apelación. Si decide pasar 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 del expediente de su caso llamando a Servicios al participante al <phone number>.
* 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 el 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 una “apelación rápida” a la IRE.
* 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 IRE debe responder a su Apelación de Nivel 2 a más tardar 7 días calendario después de recibir 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 (IRE) responde No a su Apelación de Nivel 2?

**No** significa que la IRE está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “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 adelante. 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, su IDT y el personal del hospital lo 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 su “fecha de salida”.
* Su médico, su IDT 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. Hay un proceso especial más rápido para apelar decisiones de salida del hospital. Estas decisiones las procesa la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) designada por Medicare. Es recomendable que usted use el proceso más rápido en lugar de la apelación regular descrita en la Sección E en la página <xx>. Sin embargo, las dos opciones están a su disposición. Esta sección le indica cómo pedir una apelación a la QIO y también le recuerda la opción de apelación ante el plan.

## 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 participante al <toll-free number>. 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 participante al <toll-free number>. 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/](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).
* Si necesita ayuda, llame a Servicios al participante o a Medicare a los teléfonos indicados más arriba.

G2. Apelación de Nivel 1 ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) para cambiar su fecha de salida del hospital

Si quiere que cubramos sus servicios de hospital por un tiempo más largo como paciente hospitalizado, usted deberá presentar una apelación. Esta sección le dice cómo pedir una Apelación de Nivel 1 ante la QIO. La QIO revisará la Apelación de Nivel 1 para comprobar si su fecha de salida es médicamente adecuada para usted.

En New York, la QIO se llama Livanta. Para presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de salida, llame a Livanta al 1-866-815-5440.

### ¡Llame inmediatamente!

Llame a la QIO **antes** de salir del hospital, a más tardar en la fecha programada de salida. En el “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” encontrará información sobre cómo comunicarse con la QIO.

| En resumen:Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital  Llame a la QIO de su estado al **1-866-815-5440** 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 de parte de la QIO.
* Si usted no llama para apelar y decide quedarse en el hospital después de la fecha de su salida, es posible que tenga que pagar todos los costos por cuidados recibidos del hospital después de la fecha programada para su salida.
* Si se pasa de la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la QIO, 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 participante al <toll-free number>. También puede llamar a HIICAP al 1-800-701-0501. También puede llamar a ICAN al 1-844-614-8800.

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

Es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare les paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare.

### Pida una “revisión rápida”

Debe pedirle a la QIO 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 QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha programada de salida. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere puede hacerlo.
* Los revisores examinarán su expediente médico, hablarán con su proveedor 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 proveedor, el hospital y nosotros creemos que es correcto que salga del hospital en esa fecha.

|  |
| --- |
| El **término legal** para esta explicación por escrito es “**Aviso detallado de su salida**”. Podrá obtener una muestra llamando a Servicios al participante al <toll-free number>. 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](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI). |

### ¿Y si la respuesta es Sí?

* Si la QIO 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 QIO dice **No** a su apelación, están diciendo que su fecha de salida es médicamente adecuada. Si esto ocurre, su cobertura por servicios de hospital como paciente hospitalizado terminará el mediodía del día siguiente a que la QIO nos dé su respuesta.
* Si la QIO 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 el mediodía del día siguiente a que la QIO nos dé su respuesta.
* Si la QIO rechaza su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha programada de salida, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

G3. Apelación de Nivel 2 ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) para cambiar su fecha de salida del hospital

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

Pida la revisión de Nivel 2 a **más tardar 60 días calendario** después del día en que la QIO 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 New York, la QIO se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al 1-866-815-5440.

| En resumen:Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital  Llame a la QIO de su estado al **1-866-815-5440** y pida otra revisión. |
| --- |

* Los revisores de la QIO analizarán de nuevo y cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
* Los revisores de la QIO tomarán una decisión a más tardar 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 QIO 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 QIO 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 de salida.

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

Si se pasa de la fecha límite para la Apelación de Nivel 1 ante la QIO, hay otra manera de presentar una apelación directamente ante nuestro plan. Siga el mismo proceso descrito en la Sección E, en la página <xx>, también resumido a continuación.

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

Si se pasa de la fecha límite para comunicarse con la QIO (que es de hasta 60 días o no más tarde de la fecha de salida programada, lo que ocurra antes), podrá apelar ante nuestro plan 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 participante y pida una “revisión rápida” de su fecha de salida del hospital.  Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas. |
| --- |

* Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su estadía en el hospital. Comprobamos 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 tan pronto como su afección lo requiera, pero a más tardar 72 horas después de pedirnos 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 OAH para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando dijimos **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

Si no estamos de acuerdo con que la fecha de salida del hospital debe cambiarse, enviaremos la información para su Apelación de Nivel 2 a la OAH, a más tardar 2 días laborables después de que se tome la decisión de Nivel 1. Si usted cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite o con otras fechas límite, puede presentar un reclamo. En la Sección J en la página <xx>, se explica cómo presentar un reclamo.

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

Durante la Apelación de Nivel 2, la OAH revisará por qué dijimos **No** a su “revisión rápida”. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

* La OAH hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le responderán en 72 horas.
* La OAH no tiene ninguna vinculación con nuestro plan.
* Un funcionario de audiencia de la OAH analizará cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación a la fecha de su salida del hospital.
* Si la OAH responde **Sí** a su apelación, debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que usted ha recibido desde la fecha programada de salida del hospital. También debemos continuar cubriendo sus servicios de hospital, siempre y cuando sean médicamente necesarios.
* Si la OAH responde **No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha programada de salida del hospital era médicamente adecuada.
* En la carta que recibirá de la OAH, se le dirá qué puede hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Además, se le darán detalles sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3 ante el MAC. La Sección I de este capítulo incluye más información sobre los niveles de apelación adicionales.

# 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 SNF.
* Cuidados de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en un 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 proveedor o IDT digan 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 sus servicios.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Hay un proceso especial más rápido para apelar este tipo de decisiones de cobertura. Estas decisiones las procesa la QIO designada por Medicare. Es recomendable que usted use el proceso más rápido en lugar de la apelación regular descrita en la Sección E en la página <xx>. Sin embargo, las dos opciones están a su disposición. Esta sección le indica cómo pedir una apelación a la QIO y también le recuerda la opción de apelación ante el plan.

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

Usted recibirá un aviso por lo menos dos días antes de que dejemos de pagar sus servicios. Este aviso se llama “Notificación de no cobertura de Medicare”. En el aviso por escrito se indica la fecha en que dejaremos de cubrir sus servicios, así como el modo de 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 servicios.

Cuando termine su cobertura, dejaremos de pagar por sus servicios.

H2. Apelación de Nivel 1 de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) para continuar su cuidado

Si le parece que estamos terminando la cobertura de sus servicios demasiado pronto, puede presentar una apelación. Esta sección le dice cómo pedir una Apelación de Nivel 1 ante la QIO.

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 un reclamo. En la Sección J, en la página <xx>, se explica cómo presentar un reclamo).
* **Si necesita ayuda, pídala.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al participante al <phone number>. O bien, puede llamar a HIICAP al 1-800-701-0501.

| En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para pedir al plan que continúe su cuidado  Llame a la QIO de su estado al 1-866-815-5440 y pida una “revisión 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, la QIO revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que hayamos tomado. En New York, la QIO se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al **1-866-815-5440**.La información sobre cómo apelar ante la QIO 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 salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare les paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare.

### ¿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 QIO a más tardar al mediodía del día siguiente de haber recibido un aviso por escrito de cuándo dejaremos de cubrir su cuidado.
* Si se pasa de la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la QIO, puede apelar directamente ante 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 participante al <phone number> o 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. 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 (QIO)?

* Los revisores de la QIO 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 QIO explicando por qué deberían terminar sus servicios.
* Los revisores también analizarán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que el 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 SNF o en un 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 de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) para continuar su cuidado

Si la QIO respondió **No** a la Apelación de Nivel 1 **y** usted elige seguir recibiendo cuidado después que termine su cobertura, podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

Durante la Apelación de Nivel 2, la QIO 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 SNF o en un 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 QIO de su estado al 1-866-815-5440 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 New York, la QIO se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al 1-866-815-5440. Pida la revisión de Nivel 2 a **más tardar 60 días calendario** después del día en que la QIO 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 QIO analizarán de nuevo y cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
* La QIO tomará una decisión a más tardar 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 se pasa de la fecha límite para la Apelación de Nivel 1 ante la QIO, hay otra manera de presentar una apelación directamente ante nuestro plan. Siga el mismo proceso descrito en la Sección E, en la página <xx>, también resumido a continuación.

### 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 participante y pida una “revisión rápida”.  Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas. |
| --- |

Si se pasa de la fecha límite para comunicarse con la QIO, podrá apelar ante nuestro plan y pedir 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 sus cuidados de salud en el hogar, en un SNF o en un CORF. Comprobamos 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 informaremos nuestra decisión tan pronto como su afección lo requiera, pero a más tardar 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 OAH para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando dijimos **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

Si no estamos de acuerdo con usted acerca de que sus servicios deben continuar, le enviaremos la información para su Apelación de Nivel 2 a la OAH, a más tardar 2 días laborables después de que se tome la decisión de Nivel 1. Si usted cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite o con otras fechas límite, puede presentar un reclamo. En la Sección J en la página <xx>, se explica cómo presentar un reclamo.

Durante la Apelación de Nivel 2, la OAH revisará por qué dijimos **No** a su “revisión rápida”. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

| 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 OAH. |
| --- |

* La OAH hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le responderán en 72 horas.
* La OAH no tiene ninguna vinculación con nuestro plan.
* Un funcionario de audiencia de la OAH analizará cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
* Si la OAH 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 OAH 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 OAH, 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 ante el MAC. La Sección I en la página <xx> incluye más información sobre los niveles de apelación adicionales.

# Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

I1. Pasos siguientes para los servicios, artículos y medicamentos (pero que no sean medicamentos de la Parte D de Medicare)

Si hizo una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, como se describe en las Secciones E, G o H, y ambas apelaciones fueron rechazadas, usted tiene derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la OAH le explicará qué hacer si usted desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una revisión por parte del MAC. Después de ese paso, es posible que usted tenga el derecho a pedir que un tribunal federal examine su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier momento del proceso de apelación, puede comunicarse con la ICAN. El número de teléfono es 1-844-614-8800.

## I2. Pasos siguientes para medicamentos de la Parte D de Medicare

Si hizo una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por medicamentos de la Parte D de Medicare, como se describe en la Sección F, y ambas apelaciones fueron rechazadas, usted tiene derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la 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, los medicamentos que usted está pidiendo deben 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 no está de acuerdo con la decisión del ALJ o del abogado litigante, puede acudir al Consejo de apelaciones de Medicare (MAC). Después de ese paso, es posible que usted tenga el derecho a pedir que un tribunal federal examine su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier momento del proceso de apelación, puede comunicarse con la ICAN. El número de teléfono es 1-844-614-8800.

# Cómo presentar un reclamo

## J1. Qué tipos de problemas pueden reclamarse

“Presentar un reclamo” es otra manera de decir “presentar una queja”. El proceso de reclamo 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 reclamo.

| En resumen:Cómo presentar un reclamo  Usted puede presentar un reclamo interno ante nuestro plan o un reclamo externo ante una organización que no esté conectada con nuestro plan.  Para presentar un reclamo interno, llame a Servicios al participante o envíenos una carta.  Hay varias organizaciones diferentes que reciben reclamos externos. Para obtener más información, consulte la Sección J3 en la página <xx>. |
| --- |

### Reclamos sobre la calidad

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

### Reclamos sobre la privacidad

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

### Reclamos 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.

### Reclamos sobre la accesibilidad

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

### Reclamos sobre los tiempos de espera

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

### Reclamos sobre la limpieza

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

### Reclamos sobre el acceso lingüístico

* Su proveedor no le proporciona un intérprete durante su cita.

### Reclamos 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.

### Reclamos 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.
* Si cree que no enviamos su caso a la OAH o a la IRE a tiempo.

### ¿Hay diferentes tipos de reclamos?

**Sí.** Usted puede presentar un reclamo interno o un reclamo externo. Un reclamo interno se presenta ante el plan para que este lo revise. Un reclamo externo se presenta ante una organización no afiliada con nuestro plan. Si necesita ayuda para presentar un reclamo interno o externo, usted puede llamar a ICAN al 1-844-614-8800.

## J2. Reclamos internos

Para presentar un reclamo interno, llame a Servicios al participante al <toll-free number>. Puede presentar un reclamo en cualquier momento, a menos que sea sobre medicamentos de la Parte D. Si el reclamo es sobre un medicamento de la Parte D, deberá presentarlo **a más tardar 60 días calendario** después de haber tenido el problema que quiere reclamar.

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

|  |
| --- |
| El **término legal** para “reclamo rápido” es “**reclamo acelerado**”. |

Respondemos la mayoría de los reclamos en 30 días calendario. Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama por teléfono con un reclamo, es posible que le demos una respuesta en esa misma llamada. Si su enfermedad nos exige que respondamos rápidamente, lo haremos.

* Si necesita una respuesta más rápido por motivos de salud, le daremos una respuesta a más tardar 48 horas después de recibir la información necesaria (pero no más de 7 días calendario después de haber recibido su reclamo).
* Si presenta un reclamo porque le rechazamos su petición de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, lo trataremos automáticamente como un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en 24 horas.
* Si presenta un reclamo porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura, lo trataremos automáticamente como un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en 24 horas.

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 reclamo. Le diremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.

**Si no estamos de acuerdo** con parte o con todo su reclamo, le diremos nuestros motivos. Le responderemos estemos o no de acuerdo con el reclamo. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar un reclamo externo.

## J3. Reclamos externos

### Usted puede presentar su reclamo a Medicare

Usted puede enviar su reclamo (queja) a Medicare. El Formulario para presentar quejas a Medicare está disponible en: [www.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.

Su reclamo será enviado al equipo de Medicare y Medicaid que supervisa nuestro plan y al programa FIDA-IDD.

### Usted puede informar al Departamento de salud del estado de New York (NYSDOH) sobre sus reclamos

Para presentar un reclamo ante el NYSDOH, llame a la línea de ayuda de NYSDOH al 1-866-712-7197. Su reclamo será enviado al equipo de Medicare y Medicaid que supervisa nuestro plan y al programa FIDA-IDD.

### Usted puede presentar un reclamo ante la Oficina de derechos civiles

Si le parece que lo han tratado injustamente, usted puede presentar un reclamo ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre el acceso para discapacitados o sobre la asistencia con el idioma. 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:

[The plan should insert contact information for the OCR regional office.]

Usted también puede tener derechos según la Ley de estadounidenses con discapacidades y según [plan may insert relevant state law.] Puede contactar a la ICAN para recibir asistencia. El número de teléfono es 1-844-614-8800.

### Usted puede presentar un reclamo ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO)

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

* Si lo prefiere, puede presentar su reclamo sobre la calidad del cuidado directamente a la QIO (sin presentarlo ante nosotros).
* O bien, puede presentar su reclamo ante nosotros **y** ante la QIO. Si presenta un reclamo ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverlo.

La QIO es un grupo de médicos y otros expertos de cuidado de salud que recibe pagos del gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que se les da a los pacientes de Medicare. Para saber más sobre la QIO, consulte el Capítulo 2 [plan may insert reference, as applicable].

En New York, la QIO se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es 1-866-815-5440.