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

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

¿Qué hay en este capítulo?

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

* Usted tiene un problema o una queja contra su plan.
* Usted necesita un servicio, artículo o medicamento que su Equipo interdisciplinario (IDT) o el plan han dicho que el plan no lo pagará.
* Usted no está de acuerdo con una decisión tomada por su IDT o el plan sobre su cuidado.
* Usted cree que sus servicios y artículos cubiertos terminarán demasiado pronto.

**Si usted tiene un problema o una inquietud, sólo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación.** Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar con facilidad la información sobre qué 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 Equipo interdisciplinario (IDT) considere necesarios como parte del plan de cuidado de su salud, ya sea que estén incluidos en su Plan de servicio personalizado (PCSP) o por alguna necesidad que haya surgido fuera de su PCSP. **Si está teniendo un problema con su cuidado, puede llamar a Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) al 1-844-614-8800 para que le ayuden.** Este capítulo explica las diferentes opciones que usted tiene para atender distintos problemas y quejas, pero siempre puede llamar a ICAN para solicitar orientación mientras se resuelve su problema.

Contenido

[Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, reclamos) 1](#_Toc488856056)

[¿Qué hay en este capítulo? 1](#_Toc488856057)

[Sección 1: Introducción 4](#_Toc488856059)

[Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema 4](#_Toc488856060)

[Sección 1.2: ¿Qué significan los términos legales? 4](#_Toc488856061)

[Sección 2: Dónde llamar para pedir ayuda 5](#_Toc488856062)

[Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda 5](#_Toc488856063)

[Sección 3: Problemas con su cobertura 6](#_Toc488856064)

[Sección 3.1: Cómo decidir si usted debe presentar una apelación o un reclamo 6](#_Toc488856065)

[Sección 4: Decisiones sobre cobertura y apelaciones 7](#_Toc488856066)

[Sección 4.1: Resumen de decisiones sobre cobertura y apelaciones 7](#_Toc488856067)

[Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con las decisiones sobre cobertura y apelaciones 8](#_Toc488856068)

[Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle? 9](#_Toc488856069)

[Sección 5: Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de Medicare Parte D) 11](#_Toc488856070)

[Sección 5.1: Cuándo usar esta sección 11](#_Toc488856071)

[Sección 5.2: Como pedir una decisión sobre cobertura 12](#_Toc488856072)

[Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de Medicare Parte D) 15](#_Toc488856073)

[Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (pero no para medicamentos de Medicare Parte D) 20](#_Toc488856074)

[Sección 5.5: Problemas de pagos 21](#_Toc488856075)

[Sección 6: Medicamentos de Medicare Parte D 24](#_Toc488856076)

[Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de Parte D 24](#_Toc488856077)

[Sección 6.2: ¿Qué es una excepción? 26](#_Toc488856078)

[Sección 6.3: Qué debe saber cuando pide una excepción 27](#_Toc488856079)

[Sección 6.4: Cómo pedir una decisión sobre cobertura de un medicamento de Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de Parte D, incluyendo una excepción 28](#_Toc488856080)

[Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para Medicamentos de Parte D 32](#_Toc488856081)

[Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de Parte D 34](#_Toc488856082)

[Sección 7: Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital 37](#_Toc488856083)

[Sección 7.1: Para saber sobre sus derechos de Medicare 37](#_Toc488856084)

[Sección 7.2: Apelación de nivel 1 ante la Organización de mejoramiento de la calidad (QIO), para cambiar la fecha de su salida del hospital 38](#_Toc488856085)

[Sección 7.3: Apelación de nivel 2 ante la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO), para cambiar la fecha de su salida del hospital 41](#_Toc488856086)

[Sección 7.4: ¿Qué sucederá si pierdo una fecha límite para apelar? 42](#_Toc488856087)

[Sección 8: Qué hacer si cree que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) terminarán demasiado pronto 45](#_Toc488856088)

[Sección 8.1: Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura 45](#_Toc488856089)

[Sección 8.2: Apelación de nivel 1 ante la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO), para continuar su cuidado 46](#_Toc488856090)

[Sección 8.3: Apelación de nivel 2 ante la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO), para continuar su cuidado 49](#_Toc488856091)

[Sección 8.4: ¿Y si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de nivel 1? 50](#_Toc488856092)

[Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 53](#_Toc488856093)

[Sección 9.1: Pasos siguientes para los servicios, artículos y medicamentos (no los de Medicare Parte D) 53](#_Toc488856094)

[Sección 9.2: Pasos siguientes para los medicamentos de Medicare Parte D 53](#_Toc488856095)

[Sección 10: Cómo presentar un reclamo 54](#_Toc488856096)

[Sección 10.1: Reclamos internos 55](#_Toc488856097)

[Sección 10.2: Reclamos externos 56](#_Toc488856098)

# Sección 1: Introducción

## Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema

Este capítulo 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.

## Sección 1.2: ¿Qué significan los términos legales?

Algunas de las reglas y fechas límite en este capítulo tienen términos legales difíciles. Varios 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 sobre cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios” o “determinación sobre cobertura”
* “Decisión rápida sobre cobertura” en lugar de “determinación acelerada”

Entender y conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con más claridad; por eso, también proporcionamos esos términos legales.

# Sección 2: Dónde llamar para pedir ayuda

## Sección 2.1: 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 siente 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 usted necesita ayuda, puede llamar a Independent Consumer Advocacy Network (ICAN). El estado creó ICAN para ayudarle con apelaciones y otros asuntos. ICAN responderá sus preguntas y le ayudará a comprender qué hacer para resolver su problema. ICAN no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni el plan de seguro de salud. ICAN podrá ayudarle a comprender sus derechos y cómo compartir sus inquietudes o desacuerdo. ICAN también puede ayudarle a comunicarnos sus inquietudes o desacuerdo. El teléfono gratuito de ICAN es 1-844-614-8800. Los servicios son gratuitos.

### Usted puede obtener ayuda del Programa de asistencia de seguros de la salud del estado

Usted también puede llamar al Programa de asistencia de seguros de salud del estado (SHIP). SHIP es un programa del estado patrocinado por el gobierno federal. En el estado de New York, SHIP se llama Programa de información, consejería y ayuda para los seguros de salud, (HIICAP). Los consejeros de HIICAP podrán responder a sus preguntas y ayudarle a comprender qué hacer para solucionar su problema. HIICAP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con un plan de cuidado de la salud. HIICAP tiene consejeros capacitados y los servicios son gratuitos. El teléfono de HIICAP es   
1-800-701-0501.

### Cómo obtener ayuda de Medicare

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

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

# Sección 3: Problemas con su cobertura

## Sección 3.1: Cómo decidir si usted debe presentar una apelación o un reclamo

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

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Su problema o inquietud está relacionado con su cobertura?  (Esto incluye problemas relacionados sobre si sus servicios, artículos o medicamentos de receta en particular están o no cubiertos y problemas relacionados con los pagos por servicios, artículos o medicamentos de receta.) | |
| Sí.  Mi problema es  sobre cobertura.  Vaya a la **Sección 4**, **“Decisiones sobre cobertura y apelaciones”**, en la página <xx>. | No.  Mi problema no es  sobre cobertura.  Salte a la **Sección 10**: **“Cómo presentar un reclamo”**, en la página <xx>. |

# Sección 4: Decisiones sobre cobertura y apelaciones

## Sección 4.1: Resumen de decisiones sobre cobertura y apelaciones

El proceso para pedir decisiones sobre cobertura y presentar apelaciones atiende problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con los pagos.

### ¿Qué es una decisión sobre cobertura?

Una *decisión sobre cobertura* es una decisión que su Equipo Interdisciplinario (IDT), el plan o un especialista autorizado toma sobre sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que pagará el plan por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. El IDT, el plan o el especialista autorizado toman una decisión sobre cobertura cada vez que decidimos qué cubriremos por usted 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 sobre cobertura antes que el proveedor proporcione el servicio.

### ¿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, si el IDT, el plan o su especialista autorizado decide que un servicio, artículo o medicamento que usted quiere no está cubierto. Si usted o su proveedor no están de acuerdo con esa decisión, usted puede apelar.

* **NOTA:** Usted es miembro de su IDT. Usted puede apelar incluso si usted participó en las discusiones que llevaron a la decisión de cobertura que quiere apelar.

## Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con las decisiones sobre cobertura y apelaciones

#### ¿A quién puedo llamar para obtener ayuda con las decisiones sobre 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>.
* Usted puede llamar al **Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)** para obtener ayuda gratuita. ICAN es una organización independiente sin conexión con este plan. El número de teléfono es 1-844-614-8800.
* Puede llamar al **Programa de información, consejería y ayuda para los seguros de salud, (HIICAP)** para obtener ayuda gratuita. HIICAP es una organización independiente y 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 sobre cobertura o presentar una apelación en su nombre y actuar como su representante.
* Hable con un **amigo o miembro de su familia** y pídale que actúe en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su “representante” para pedir una decisión sobre cobertura o para apelar.
* Cualquier persona puede ayudarle a pedir una determinación de cobertura o una apelación.
* Solamente alguien a quién usted nombre por escrito puede representarle durante una apelación. Si usted desea que un amigo, un pariente u otra persona sea su representante durante su apelación, usted puede llenar un formulario de “Nombramiento de un representante” o puede escribir y firmar una carta indicando quién quiere que sea su representante.
* Para recibir un formulario de "Nombramiento de representante", llame a Servicios al participante y pida el formulario. También podrá obtener este formulario en el sitio web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf [plans may also insert: o en nuestro sitio web en <web address **or** link to form>]. Este formulario autoriza a la persona a actuar en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado ***O,***
* Usted puede escribir una carta y enviárnosla o pedir a la persona anotada 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 referencias. Algunos grupos legales le darán servicios legales gratuitos, si usted es elegible. Si quiere que un abogado le represente, deberá llenar el formulario de Nombramiento de un representante.

Sin embargo, **usted no necesita tener un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión sobre cobertura ni para apelar.

## Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle?

Hay cuatro tipos de situaciones que incluyen decisiones sobre 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 sólo necesitará leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación:**

* **La Sección 5, en la página <xx>,** le da información sobre qué hacer si tiene problemas sobre los servicios, artículos y medicamentos (pero no medicamentos de Medicaid Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
* No está recibiendo un servicio que usted quiere y cree que el plan cubre este cuidado.
* El Equipo interdisciplinario (IDT), el plan o el especialista autorizado no aprobaron algún servicio, artículo o medicamento que su proveedor quiere darle y usted cree que este cuidado debería ser cubierto.
* **NOTA:** Use la Sección 5, solamente si estos medicamentos no están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* que tienen un símbolo [plans should insert symbol used in the List of Covered Drugs to indicate Medicaid covered drugs] no están cubiertos por la Parte D. Lea en la Sección 6, en la página <xx>, para ver las instrucciones sobre el proceso para presentar apelaciones para los medicamentos de la Parte D.
* Usted recibió servicios o artículos que usted cree deberían estar cubiertos, pero el Equipo interdisciplinario (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 pedir 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 una institución de enfermería especializada o en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), usted deberá leer otra sección de este capítulo, ya que para esos tipos de servicios corresponden reglas especiales. Lea las Secciones 7 y 8, en las páginas <xx> y <xx>.
* **La Sección 6, en la página <xx>** le ofrece información sobre medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
* Quiere pedir al plan o su IDT que hagan una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* por el plan (Lista de medicamentos).
* Quiere pedir al plan o su IDT que cancelen los límites en la cantidad del medicamento que usted puede recibir.
* Quiere pedir al plan o su IDT que cubran un medicamento que requiere aprobación previa.
* El plan o su IDT no aprobaron su pedido o excepción y usted o su proveedor creen que deberíamos haberlo aprobado.
* Quiere pedir al plan que pague por un medicamento de receta que ya compró. (Esto quiere decir pedir al plan o su IDT, una decisión sobre cobertura de un pago.)
* **La Sección 7, en la página <xx>** le da información sobre cómo pedirnos que cubramos una estadía más larga en un hospital como paciente interno, si usted cree que su proveedor le está dando de alta del hospital demasiado pronto. Use esta sección si:
* Usted está en el hospital y cree que su proveedor le da de alta demasiado pronto.
* **La Sección 8, en la página <xx**> le da información si usted cree que su cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o los servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) terminarán demasiado pronto.

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

**Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame a Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) al 1-844-614-8800.**

# Sección 5: Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de Medicare Parte D)

## Sección 5.1: Cuándo usar esta sección

Esta sección es sobre lo que tiene que hacer si tiene problemas con su cobertura por sus cuidados médicos, cuidados de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo. También puede usar esta sección para solucionar problemas con medicamentos que **no** estén cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* que tienen un símbolo [plans should insert symbol used in the List of Covered Drugs to indicate Medicaid covered drugs]no están cubiertos por la Parte D. Utilice la Sección 6 de este capítulo para encontrar información sobre apelaciones por medicamentos de la Parte D.

Esta sección 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 a largo plazo que necesita, pero no lo está recibiendo.

**Qué puede hacer:** Puede pedirle a su Equipo interdisciplinario (IDT), el plan o a un especialista autorizado que tomen una decisión sobre cobertura. Vaya a la Sección 5.2 en la página <xx> para leer la información sobre cómo pedir una decisión de cobertura. Si no está de acuerdo con esa decisión de cobertura, usted puede presentar una apelación.

1. El Equipo interdisciplinario (IDT), el plan o el especialista autorizado no aprobaron el cuidado que su proveedor quiere darle y usted cree que debería recibirlo.

**Qué puede hacer:** Puede apelar la decisión sobre no aprobar sus servicios.Vaya a la Sección 5.3 en la página <xx> para obtener información sobre cómo apelar.

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 podrá apelar la decisión del plan de no pagar. Vaya a la Sección 5.4 en la página <xx> para obtener más 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:** Usted puede pedir al IDT, el plan o el especialista que autoricen que el plan le devuelva lo que usted pagó. Vaya a la Sección 5.5 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 interrumpieron su cobertura por cierto servicio y usted no está de acuerdo con la decisión.

**Qué puede hacer:** Usted puede apelar la decisión del plan de cambiar o interrumpir el servicio. Vaya a la Sección 5.3, en la página <xx> para obtener información sobre cómo apelar.

**NOTA:** Si la cobertura que será suspendida es por cuidado en un hospital, cuidado de salud en su hogar, en una institución de enfermería especializada o en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) corresponden reglas especiales. Lea las Secciones 7 u 8, en las páginas <xx> y <xx>, para obtener más información.

## Sección 5.2: Como pedir una decisión sobre cobertura

#### Cómo pedir una decisión sobre cobertura para obtener servicios médicos, servicios de la 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 Equipo interdisciplinario (IDT), el plan o a un especialista autorizado que aprueben el servicio, artículo o medicamento para usted. Usted puede hacerlo comunicándose con su Administrador de cuidados y diciéndole que usted quiere una decisión sobre cobertura. O, 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.

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

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

#### ¿Cuánto tiempo tarda una decisión de cobertura?

Generalmente toma hasta 3 días laborables después de pedirla. Si usted no recibe una decisión a más tardar en 3 días laborables, puede apelar.

* A veces el IDT, el plan o el especialista autorizado necesitará más tiempo para tomar una decisión. En este caso, usted recibirá una carta para decirle que podríamos tardar hasta 3 días calendario más. La carta explicará por qué necesitamos más tiempo.

Hay tres excepciones a la fecha límite para las decisiones descritas arriba:

* Para las decisiones de cobertura para continuar o agregar a 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 después de su pedido es en 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 recibió, usted recibirá una decisión en 14 días calendario.

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

**Sí**. Si debido a su salud necesita una respuesta más rápida, pídanos que tomemos una “decisión sobre cobertura rápida”. Si el IDT, el plan o el especialista autorizado aprueba su pedido, usted recibirá nuestra decisión a más tardar en 24 horas.

Sin embargo, a veces el IDT, el plan o el especialista autorizado necesita más tiempo. En este caso, usted recibirá una carta para avisarle que podríamos tomar hasta 3 días calendario más. La carta explicará por qué necesitamos más tiempo.

El término legal para “decisión sobre cobertura rápida” es “determinación acelerada.”

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

* Llamar a su Administrador de cuidados;
* Llamar a Servicios al participante al <phone number> o enviarnos un fax al <fax number>, ***o***
* Pedir a su proveedor o representante que llame a Servicios al participante.

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

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

1. Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida *solamente si* está pidiendo un servicio, artículo o medicamento *que aún no ha recibido*. (Usted no podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida si su solicitud tiene que ver con un pago por un servicio, artículo o medicamento que ya ha recibido.)
2. Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida solamente si el tiempo estándar de 3 días laborables 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 sobre cobertura rápida, usted recibirá una automáticamente.**

Si nos pide una decisión sobre cobertura rápida sin el respaldo de su proveedor, el IDT, el plan o el especialista autorizado decidirán si usted puede obtener una decisión sobre 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, usted recibirá una carta. El IDT, el plan o el especialista autorizado usarán en su lugar la fecha límite estándar de 3 días laborables.
* Esta carta le dirá que, si su proveedor nos pide que tomemos la decisión sobre cobertura rápida, usted recibirá una automáticamente.
* La carta le dirá también cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre la decisión de darle una decisión sobre cobertura estándar en lugar de una decisión sobre cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso de reclamos, incluyendo los reclamos rápidos, lea la Sección 10, en la página <xx>.)

### Si la decisión sobre cobertura es *Sí* ¿cuándo recibiré el servicio, artículo o medicamento?

Si la decisión es ***Sí***, esto significa que usted está aprobado para recibir el servicio, artículo o medicamento. Si es posible, usted recibirá o comenzará a recibir el servicio, artículo o medicamento aprobados a más tardar en 3 días laborables después de la fecha de nuestra decisión. Si el servicio, artículo o medicamento no se puede proporcionar de manera razonable en 3 días laborables, su IDT trabajará con el proveedor para asegurarse que usted reciba el servicio, artículo o medicamento aprobados tan pronto como sea posible.

### Si la decisión de cobertura es *No* ¿cuándo lo sabré?

Si la respuesta es ***No***, en la carta que usted recibirá le explicaremos por qué. El plan o su IDT también le avisarán por teléfono.

* Si el IDT, el plan o el especialista autorizado le dicen que ***No***, usted tiene derecho a apelar para pedirnos que cambiemos la decisión. Usted puede hacerlo apelando (o "presentando") una apelación. Apelar significa pedirnos que nuestro plan revise la decisión de rechazar la cobertura.
* Si usted decide apelar la decisión sobre cobertura, eso significa que estará en el Nivel 1 del proceso de apelaciones (lea más información en la sección siguiente).

## Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de Medicare Parte D)

### ¿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 en el Nivel 1.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, usted puede llamar a Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) al 1-844-614-8800. ICAN no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con el 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 revisará la decisión sobre cobertura para ver si es correcta. La persona que hará la revisión en nuestro plan, será una persona que no forma parte de su Equipo interdisciplinario (IDT) y que no participó en la decisión sobre cobertura inicial. Cuando terminemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito. Si necesita una decisión rápida por su salud, también trataremos de comunicarnos con usted por teléfono.

Si no decidimos la Apelación de nivel 1 en su favor, enviaremos su apelación automáticamente a la Oficina de audiencias administrativas integrales, para una Apelación de nivel 2.

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

* Para comenzar su apelación, usted, su proveedor o su representante deberá comunicarse con nosotros. También puede llamarnos al <phone number> o presentar una apelación por escrito. Para saber más sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación, lea el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable].

*En resumen:* Cómo presentar una Apelación de nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden hacer su pedido por escrito y enviarlo por correo o por fax. También puede llamarnos para apelar.

* Pida **dentro de 60 días** **calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
* Si usted apela porque le dijimos que un servicio que usted recibe actualmente será cambiado o suspendido, **usted tiene menos días para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras que la apelación esté en proceso.
* Siga leyendo esta sección para saber qué fechas límite se aplican a su apelación.
* Usted podrá pedir una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
* Si usted está pidiendo una apelación rápida, usted deberá llamarnos al <toll-free number>. Los usuarios de TTY deberán llamar al: <TTY number>.
* Si está pidiendo una apelación estándar, presente su apelación por escrito o llámenos.
* Puede enviar un pedido a la siguiente dirección:

<insert address>

* Usted también podrá apelar llamándonos al <toll free number>. Los usuarios de TTY deberán llamar al: <TTY number>.

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

El término legal para “apelación rápida” es “apelación expedita”.

**Sí**. Cualquier persona puede pedir la apelación por usted, pero solamente una persona que usted nombre por escrito puede representarle 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 autorizarán a la otra persona a actuar en su nombre.

* Para completar un formulario de "Nombramiento de un representante", llame a Servicios al participante y pida el formulario. También podrá obtener este formulario en el sitio web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf [plans may also insert: o en nuestro sitio web en <web address **or** link to form>]. Este formulario autoriza a la persona a actuar en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado o,
* Usted puede escribir una carta y enviárnosla o pedir a la persona anotada como su representante que envíe la carta a nuestras oficinas.
* **NOTA**: A veces un proveedor puede apelar una decisión del plan sobre el pago de sus cuidados. Esto es diferente de una apelación presentada en su nombre. Usted no tiene que involucrarse en la apelación del proveedor.

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

Usted deberá presentar una apelación **a más tardar 60 días calendario** después de la fecha de la carta que usted recibió con información sobre su decisión de cobertura.

Si usted deja pasar 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 presentar una apelación.

* **NOTA:** Si usted apela porque le dijeron que un servicio que recibe actualmente será cambiado o cancelado, **usted tendrá menos días para apelar**, si quiere seguir recibiendo ese servicio, mientras su apelación está siendo procesada. Lea más información en "*¿Seguirán mis beneficios durante una Apelación de nivel 1?"* en la página <xx>.

### ¿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 del expediente de su caso sin costo para usted.

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

**Sí**. Tanto usted como 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 pedido de cobertura de   
servicios o artículos. Luego revisaremos que se hayan seguido todas las reglas, cuando el IDT, el plan o el especialista autorizado le dijeron que ***No*** a su pedido. La persona que hará la revisión no será alguien que no es parte de su IDT y no participó en la decisión original sobre cobertura.

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, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 7 días calendario después de recibir su apelación. Para todas las demás apelaciones, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 30 días calendario desde la fecha en que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión más pronto, si su enfermedad nos lo exige.

* Sin embargo, si nos pide más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomar tiempo adicional para tomar una decisión, le enviaremos una carta explicándole por qué necesitamos más tiempo.
* Si usted piensa que no debemos tomar tiempo adicional, usted puede presentar un “reclamo rápido” relacionado con nuestra decisión para tomar tiempo adicional. Cuando usted presente un reclamo rápido, responderemos a su reclamo dentro de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de reclamos, incluyendo las reclamos rápidos, lea la Sección 10 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 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. Se le avisará cuando esto suceda. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de nivel 2, vea la Sección 5.4 en la página <xx>.
* **Si nuestra respuesta es *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar la cobertura dentro de 7 días calendario después de recibir su apelación por medicamentos de receta de Medicaid 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 le dirá que enviamos su caso a la Oficina de audiencias administrativas integradas para una Apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4, 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 decisión más pronto si su salud nos exige hacerlo.

* 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 la decisión, le enviaremos una carta que explique por qué necesitamos más tiempo.
* Si piensa que no debemos tomar tiempo adicional, usted podrá presentar un “reclamo rápido” relacionado con nuestra decisión de tomar tiempo adicional. Cuando usted presente un reclamo rápido, le responderemos dentro de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de reclamos, incluyendo los reclamos rápidos, lea la Sección 10 en la página <xx>.
* Si no le respondemos a 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. Le notificarán cuando esto ocurra. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de nivel 2, vea la Sección 5.4 en la página <xx>.
* **Si le respondemos *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle esa cobertura dentro de 72 horas después que recibamos su apelación.
* **Si le respondemos *No*** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. La carta le dirá que enviamos su caso a la Oficina de audiencias administrativas integradas para pedir una Apelación de nivel 2. Para saber más sobre el proceso de Apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4, 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 medida propuesta.

Si no está de acuerdo con la medida, usted puede presentar una Apelación de nivel 1. Seguiremos cubriendo el servicio, artículo o medicamento si usted pide una Apelación de nivel 1 **dentro de los 10 días calendario de la fecha del matasellos en nuestro aviso o en la fecha programada para el inicio de la medida, cualquiera** 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 cargo.

## Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (pero no para medicamentos de Medicare Parte D)

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

Si le respondemos ***No*** a una parte o toda su Apelación en el nivel 1, enviaremos automáticamente su caso al proceso de Apelaciones de nivel 2 para que la revise la Oficina de audiencias administrativas integradas.

### ¿Qué es una Apelación de nivel 2?

Una Apelación de nivel 2 es la segunda apelación hecha por la Oficina de audiencias administrativas integradas (IAHO). IAHO es una organización independiente que no está relacionada con <plan name>. IAHO es parte de la Unidad de audiencias administrativas de FIDA, de la Oficina de asistencia temporal y por discapacidades del estado (OTDA).

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

<Plan enviará automáticamente todos los rechazos de Nivel 1 (todos o en parte) a IAHO para una Apelación de nivel 2. Le avisaremos que su caso fue enviado al Nivel 2 y que IAHO se comunicará con usted. El aviso también le dará la información de contacto de IAHO, en caso 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 IAHO, 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 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, usted tendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. Además, si IAHO determina que usted necesita una apelación rápida, le darán una. De otra manera, usted tendrá una apelación estándar.

* **Apelación estándar de nivel 2:** Si su apelación estándar es sobre medicamentos de Medicaid, IAHO deberá darle una respuesta a más tardar en 7 días calendario a partir de cuando reciban su apelación. Para todas las demás apelaciones estándar, IAHO deberá darle una respuesta en [insert 90 in demonstration year one; insert 62 in demonstration years two and three] días calendario desde la fecha en que pidió la apelación a nuestro plan. IAHO deberá darle una decisión más pronto si su estado de salud así lo exige.
* **Apelación rápida de nivel 2:** IAHO deberá darle una respuesta a más tardar en 72 horas a partir de cuando reciban su apelación.

### ¿Mis beneficios continuarán durante la Apelación de nivel 2?

Si usted es 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. Vaya a la página <xx> para leer la 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 cargo.

### ¿Cómo me enteraré de la decisión?

Cuando IAHO 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, IAHO también le dará la decisión por teléfono.

* Si IAHO dice ***Sí*** a todo o parte de lo que usted pidió, debemos autorizar inmediatamente los artículos o servicios (no más tarde de 1 día laborable después de la fecha de la decisión).
* Si IAHO dice ***No*** a todo o parte de lo que usted pidió, esto quiere decir que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. A esto se le llama "confirmar la decisión". También se llama "rechazar su apelación". Usted puede apelar adicionalmente la decisión de IAHO.

### Si la decisión de IAHO es *No* para todo o parte de lo que pedí ¿puedo presentar otra apelación?

Si no está de acuerdo con la decisión de IAHO, usted puede apelar esta decisión más adelante, ante el Consejo de apelaciones de Medicare (MAC), para una Apelación de nivel 3. La decisión de IAHO no es enviada automáticamente a MAC. Más bien, usted tendrá que pedir una apelación. Las instrucciones sobre cómo pedir una apelación ante MAC, serán incluidas en el aviso de decisión de IAHO.

Lea sobre los niveles de apelación adicionales en la Sección 9, en la página <xx>.

## Sección 5.5: 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 o medicamentos de los proveedores con los que trabaje nuestro plan. Asimismo, a veces existen reglas que le exigen obtener una aprobación antes de recibir un artículo o un servicio. El Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] explica las reglas, incluyendo las reglas especiales para cuando recién se una al plan. Si usted sigue las todas reglas, entonces nosotros pagaremos por sus servicios, artículos o medicamentos.

Si usted no está seguro si pagaremos por algún servicio, artículo o medicamento, pregúntele a su Administrador de cuidados. Su Administrador de cuidados podrá decirle si probablemente pagaremos por el servicio, artículo o medicamento o si necesita pedirnos una decisión de cobertura.

Si usted 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 este caso, es posible que usted mismo tenga que pagar por el servicio, artículo o medicamento. Si usted desea pedirnos un pago, comience leyendo 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 recibir servicios, artículos o medicamentos, pero recibí una factura de un proveedor?

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen a usted por los servicios, artículos y medicamentos cubiertos. Esto es verdad incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que éste cobra por un servicio, artículo y medicamento cubierto. Usted nunca tendrá que pagar el saldo de ninguna factura.

Si recibe alguna factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.

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

Recuerde, si recibe alguna factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No debe pagar la factura usted mismo**.** Pero si se le facturó algo por error y usted paga la factura, podrá recibir un reembolso si siguió las reglas para recibir los servicios, los artículos y los medicamentos.

Si está pidiendo que le paguen, está pidiendo una decisión sobre cobertura al plan o su Equipo interdisciplinario (IDT). El plan o su IDT decidirán si el servicio, artículo o medicamento que usted pagó están cubiertos y revisaremos 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 reembolsaremos el costo del servicio, artículo o medicamento, a más tardar en 60 días calendario después de recibir su pedido.

O, si usted todavíano ha pagado 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 pedido de una decisión sobre 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 su IDT dice que el plan no pagará?

Si usted no está de acuerdo con la decisión del plan o su IDT, **usted puede apelar**. Siga los procesos de apelación descritos en la Sección 5.3, en la página <xx>. Cuando siga estas instrucciones, por favor tenga en cuenta:

* Si hace una apelación para que le paguemos, debemos responderle una respuesta a más tardar en 60 días calendario después de recibir su apelación.
* Si nos está pidiendo que le devolvamos el pago de un servicio, artículo o medicamento que usted recibió y pagó, no puede pedir una apelación rápida.
* Si respondemos que ***No***a su apelación, enviaremos su caso automáticamente a la Oficina de audiencias administrativas integradas (IAHO). Le notificaremos por carta si esto pasa.
* Si IAHO 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 enviar el pago que pidió a usted o al proveedor, a más tardar en 60 días calendario.
* Si IAHO 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 el Consejo de apelaciones de Medicare, como se describe en la Sección 9, en la página <xx>.

# Sección 6: Medicamentos de Medicare Parte D

## Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de Parte D

Su cobertura como participante de nuestro plan incluye muchos medicamentos de receta. Casi todos son “medicamentos de Parte D”. Hay unos cuantos medicamentos que Medicare de Parte D no cubre, pero que Medicaid podría cubrir. **Esta sección corresponde sólo a las apelaciones de medicamentos de Parte D.**

* La *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos), incluye algunos medicamentos que tienen un símbolo [plans should insert symbol used in the List of Covered Drugs to indicate Medicaid covered drugs]. Estos medicamentos **no** son medicamentos de Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo [plans should insert symbol used in the List of Covered Drugs to indicate Medicaid covered drugs] siguen el proceso de la **Sección 5,** en la página <xx>.

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

**Sí.** Estos son ejemplos de decisiones sobre cobertura que puede pedirnos que <plan name> o su Equipo interdisciplinario (IDT) tome sobre sus medicamentos de Parte D. Usted pide al plan o su IDT que hagamos una excepción, como:

* Pedir al plan o su IDT que cubra un medicamento de Parte D que no esté en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).
* Pedir al plan o su IDT que cancelen una restricción a nuestra cobertura de un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
* Usted pregunta al plan o su IDT si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, pero le pedimos que obtenga una 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 sobre cobertura.
* Usted pide al plan o su IDT que decidamos si el plan debe pagar por un medicamento de receta que ya compró. Esto es, pedir una decisión sobre cobertura sobre un pago que usted ya hizo.

Si no está de acuerdo con una decisión sobre cobertura que el plan o su IDT hayan tomado, usted puede apelar nuestra decisión. Esta sección explica cómo pedir decisiones sobre cobertura **y** cómo presentar una apelación.

El término legal para una decisión sobre cobertura de sus medicamentos de Parte D es “determinación de cobertura”.

Use esta 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?**  **Puede pedir al plan o su IDT que hagamos una excepción.** (Esto es un tipo de decisión sobre cobertura.)  Comience con la **Sección 6.2**, en la página <xx>. Lea también las Secciones 6.3 y 6.4,en las páginas <xx> y <xx>. | **¿Quiere que cubramos un medicamento de 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?**  **Puede pedir al plan o su IDT una decisión sobre cobertura.**  Salte a la **Sección 6.4**, en la página <xx>. | **¿Quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento que ya recibió y por el que pagó?**  **Puede pedir al plan o su IDT que le devolvamos el pago.** (Esto es un tipo de decisión sobre cobertura.)  Salte a la **Sección 6.4**, en la página <xx>. | **¿Ya le dijimos que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado?**  **Puede apelar.** (Esto significa que está pidiendo al plan que reconsidere.)  Salte a la **Sección 6.5**, en la página <xx>. |

## Sección 6.2: ¿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 cubiertos* o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* o no está cubierto de la manera que usted quisiera, puede pedir al plan o su Equipo interdisciplinario (IDT) que hagan una “excepción”.

Cuando usted nos pide hacer 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 podrán pedir al plan o su IDT:

1. Cubrir un medicamento de Parte D que no esté en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (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, vaya al Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable]).

* Las reglas adicionales y las restricciones de cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
* [Omit if plan does not use generic substitution.] Que se le pida usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
* [Omit if plan does not use prior authorization.] Obtener una aprobación antes   
  que el plan cubra el medicamento para usted. (Esto se llama a veces una “preautorización”.)
* [Omit if plan does not use step therapy.] Que se le pida probar un medicamento diferente antes que el plan cubra el medicamento que usted está pidiendo. (Esto se llama a veces “tratamiento progresivo”.)
* [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”.

## Sección 6.3: Qué debe saber cuando pide una excepción

### *Su profesional autorizado debe decirnos los motivos médicos*

Su profesional autorizado deberá presentar al plan o su Equipo interdisciplinario (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.

Típicamente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una enfermedad en particular. Estos se llaman medicamentos “alternos”. En general, el plan o su IDTno aprobarán su pedido de una excepción si un medicamento alterno 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 pedido de una excepción*

* Si el plan o su IDT dicen que ***Sí*** a su pedido de una excepción, esta excepción generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
* Si el plan o su IDT dicen que ***No*** a su pedido de una excepción, puede apelar para pedir una revisión sobre nuestra decisión. La Sección 6.5, en la página <xx>, le dice cómo apelar.

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

## Sección 6.4: Cómo pedir una decisión sobre cobertura de un medicamento de Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de Parte D, incluyendo una excepción

### Qué hacer

*En resumen:* Cómo pedir una decisión sobre 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, pídale a su representante o profesional autorizado que pidan una decisión sobre cobertura por usted. Usted recibirá una respuesta sobre una decisión sobre cobertura estándar a más tardar en 72 horas. Recibirá una respuesta sobre el reembolso, por un medicamento de Parte D que usted ya pagó, a más tardar 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 se comunican a más tardar en 24 horas.)
* ¡Lea esta sección para asegurarse de ser elegible para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información sobre las fechas límite para las decisiones.
* Pida el tipo de decisión sobre cobertura que quiera. Llame por teléfono, escriba o envíe un fax a su Administrador de cuidados o a Servicios al participante para hacer su pedido. Usted, su representante o su profesional autorizado pueden hacerlo. Llame a Servicios al participante al <phone number>. Usted puede llamar a su Administrador de cuidados al <phone number>.
* Usted o su profesional autorizado o alguien más que esté actuando en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.

Lea la Sección 4, 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 nos pidan una decisión sobre cobertura en su nombre.
* Si quiere pedirle al plan que le devuelva el pago por un medicamento, lea el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] de este manual. En el Capítulo 7 se describen casos en los que posiblemente tenga que pedir que le devuelvan su dinero. También dice cómo enviarnos los documentos necesarios para pedirnos que le devolvamos el costo de un medicamento por el que usted pagó.
* Si está pidiendo una excepción, envíenos la “declaración de respaldo”. Su profesional autorizado debe darle al plan o su Equipo interdisciplinario (IDT) los motivos médicos para la excepción del medicamento. Esto se llama “declaración de respaldo”.
* Su profesional autorizado puede enviarnos la declaración por fax o por correo. Su profesional autorizado también puede hablar por teléfono con nosotros y, después, enviarnos una declaración por fax o por correo.

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

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

* Una **decisión sobre 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 en 24 horas después de recibir la declaración de su profesional autorizado.
* Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida sólo 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 compró.)
* Usted podrá obtener una decisión de cobertura rápida sólo si usando las fechas límite estándar podríamos *causar daños graves a su salud o afectar su capacidad para desempeñarse*.
* Si su profesional autorizado dice que su salud requiere una “decisión sobre cobertura rápida”, el plan o su IDT automáticamente tomarán una decisión sobre cobertura rápida y se lo diremos en la carta.

Si usted nos pide tomar una decisión sobre cobertura rápida (sin el respaldo de su profesional autorizado), el plan o su IDT decidirán si le darán una decisión sobre cobertura rápida.

Si el plan o su IDT deciden que su enfermedad no cumple con los requisitos para una decisión sobre cobertura rápida, se usará la fecha límite estándar en lugar de la rápida. Se lo diremos en una carta. En la carta se le dirá 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. Lea más información sobre el proceso de reclamos, incluyendo reclamos rápidos, en la Sección 10 en la página <xx>.

Fechas límite para una “decisión sobre cobertura rápida”

El término legal para “decisión sobre cobertura rápida” es “determinación de cobertura acelerada”.

* Si el plan o su IDT usan las fechas límite rápidas, usted recibirá una repuesta a más tardar en 24 horas después que el plan o su IDT reciban su pedido. O si nos está pidiendo una excepción, 24 horas después de que el plan o su IDT reciban la declaración de su profesional autorizado apoyando su pedido. 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 pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisiones independientes 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 recibido su pedido o la declaración de su profesional autorizado respaldando su pedido.
* **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 sobre 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 en 72 horas después de recibido su pedido O, si nos está pidiendo una excepción, después de recibir la declaración de respaldo de su profesional autorizado. Le daremos nuestra respuesta más rápido, si su salud lo exige.
* Si el plan o su IDT no cumplen con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su pedido.
* **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 su pedido o, si nos está pidiendo una excepción, a más tardar en 72 horas después de recibir la declaración de apoyo 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 la decisión.

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

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

## Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para Medicamentos de Parte D

* Para comenzar su apelación, usted, su profesional autorizado o su representante deben comunicarse con nosotros.

*En resumen:* Cómo presentar una Apelación de nivel 1

Usted, su profesional autorizado o su representante pueden hacer su pedido por escrito y enviarlo por correo o por fax. También puede llamarnos para pedir una apelación.

* Haga su solicitud **a más tardar en 60 días calendario** despuésde la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
* Usted, su profesional autorizado o su representante pueden llamarnos para una apelación rápida.
* ¡Lea esta sección para saber si es elegible para una decisión rápida! También encontrará información sobre fechas límites para las decisiones.
* Si es una apelación estándar, puede hacer su apelación por escrito. También puede llamarnos al <toll-free number> para apelar.
* Si quiere una apelación rápida, puede apelar por escrito o puede llamarnos por teléfono.
* Solicite su apelación **a más tardar en 60 días calendario**, a partir de la fecha del aviso que le enviamos con la 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 información correcta sobre la fecha límite para presentar una apelación.

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

* Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Pida una copia llamando a Servicios al participante al <phone number>.
* 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 tomada por el plan o su IDT sobre un medicamento que no haya 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 sobre cobertura rápida” incluidos en la Sección 6.4, en la página <xx>.

### 

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

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

* Analizaremos con cuidado toda la información sobre su pedido de cobertura. Revisaremos para ver que se hayan seguido todas las reglas cuando el plan o su IDT le dijeron que ***No***. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su profesional autorizado para obtener más información. El revisor no será la misma persona que tomó la decisión sobre cobertura inicial.

### Fechas límite para una “apelación rápida”

* Si usamos las fechas límite rápidas, le daremos nuestra respuesta a más tardar en   
  72 horas después de recibir su apelación, o antes, si su salud lo exige.
* Si no le damos una respuesta a más tardar en esas 72 horas, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente revisará su apelación.
* **Si nuestra respuesta es *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió, debemos darle la cobertura a más tardar en 72 horas después de recibir 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 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 después de recibir su apelación, o antes, si su salud lo exige. Si cree que su salud lo exige, pida una “apelación rápida”.
* Si no le damos una decisión a más tardar en 7 días calendario, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente revisará su apelación.
* **Si nuestra respuesta es *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió:
* Si aprobamos su pedido 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.
* 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.

## Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de Parte D

Si respondemos que ***No*** a todo o parte de su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o hace otra apelación. Si decide seguir adelante a una Apelación de nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

*En resumen:* Cómo presentar una Apelación de nivel 2

Si quiere que la Entidad de revisión independiente revise su caso, debe apelar por escrito.

* Pregunte **a más tardar en 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.
* ¡Lea esta sección lo para asegurarse de ser elegible para una decisión rápida! También para informarse sobre las fechas límite de las decisiones.
* Si quiere que la IRE revise su caso, su pedido 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, enviaremos su expediente a la IRE. Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente 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 que no está relacionada con el plan ni es una agencia del gobierno.
* Los revisores de la IRE analizarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta explicando su decisión.

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

El término legal para una apelación ante la IRE sobre un medicamento de Parte D es “reconsideración.”

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

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

* Si usted tiene que presentar una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) deberá responder a su Apelación de nivel 2, a más tardar en 7 días calendario después de que reciba 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 72 horas después de recibir la decisión.
* Si la IRE aprueba un pedido para devolverle el pago por un medicamento que ya pagó, le enviaremos el pago a más tardar en 30 días calendario después de recibir la decisión.

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

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

Si usted quiere ir al Nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que pidió, deben alcanzar un valor en dólares. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, usted podrá pedir una Apelación de nivel 3. La carta que reciba de la IRE le dirá el valor necesario en dólares para continuar con el proceso de apelación.

# Sección 7: 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, el Equipo interdisciplinario (IDT) y el personal del hospital trabajará con usted para prepararlo para el día en que usted salga del hospital. También le ayudarán a preparar el cuidado que necesitará después de salir.

* La fecha en que usted sale del hospital es la “fecha de su salida”.
* Su médico, 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. Las procesa la Organización de mejoramiento de la calidad (QIO) designada por Medicare. Es muy recomendable que usted use el proceso más rápido en lugar de la apelación regular descrita en la Sección 5, en la página <xx>. Sin embargo, las dos opciones están a su disposición. Esta sección le dice cómo pedir una apelación al QIO y también le recuerda sobre la opción de apelación ante el plan.

## Sección 7.1: Para saber sobre sus derechos de Medicare

A más tardar dos días después de que le 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), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (las personas con dificultades para oír o hablar) llamen 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 salida del hospital demasiado pronto.

Usted deberá firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió 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), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (las personas con dificultades para oír o hablar) llamen al 1-877-486-2048. La llamada   
  es gratuita.

También podrá ver el aviso por internet en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

* Si necesita ayuda, llame a Servicios al participante o a Medicare a los números anotados arriba.

## Sección 7.2: Apelación de nivel 1 ante la Organización de mejoramiento de la calidad (QIO), para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si quiere que cubramos sus servicios de hospital por un tiempo más largo como paciente interno, usted deberá presentar una apelación. Esta sección le dice cómo pedir una Apelación de nivel 1 ante la Organización para el mejoramiento de la calidad. La Organización para el mejoramiento de la calidad revisará la Apelación de nivel 1 para ver si la fecha de su salida es médicamente adecuada para usted.

En New York, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama Livanta. Para presentar una Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida, llame a Livanta al:   
1-866-815-5440**.**

### ¡Llame inmediatamente!

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad ***antes*** de salir del hospital y no después de la fecha programada para su salida. En el *Mensaje Importante de Medicare sobre sus derechos* encontrará información sobre cómo comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad.

*En resumen:* Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad 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 la fecha de su salida *sin tener que pagar,* mientras espera la decisión sobre su apelación tomada por la Organización para el mejoramiento de la calidad.
* 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 costo*s por cuidados recibidos del hospital después de la fecha programada para su salida.
* Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el mejoramiento de la calidad, puede apelar directamente ante nuestro plan. Para conocer los detalles, lea la Sección 7.4, en la página <xx>.

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

* **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al participante al <toll-free number>. También puede llamar al Programa de información, consejería y ayuda para los seguros de salud, (HIICAP) al 1-800-701-0501. También puede llamar a Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) al 1-844-614-8800.

### ¿Qué es una Organización para el mejoramiento de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros proveedores de 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 pedir a la Organización para el mejoramiento de la calidad una “**revisión rápida**” de la fecha de su salida. Pedir una “revisión rápida” significa que usted está pidiendo que la organización use las fechas límite rápidas para una apelación, en lugar de usar las fechas límite estándar.

### ¿Qué pasará durante la revisión rápida?

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

* Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha programada para su salida. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere, puede hacerlo.
* Los revisores examinarán su expediente médico, hablarán con su 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 usted salga del hospital en esa fecha.

### ¿Y si la respuesta es *Sí?*

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),   
las 24 horas del día, 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al   
1-877-486-2048.) También podrá ver una muestra del aviso por internet en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

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

### ¿Y si la respuesta es *No?*

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

## Sección 7.3: Apelación de nivel 2 ante la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO), para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechazó su apelación, *y* usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su salida, usted podrá presentar una Apelación de nivel 2. Tendrá que comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad otra vez y pedir otra revisión.

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

En New York, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama Livanta. Usted podrá llamar a Livanta al 1-866-815-5440.

* Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad verán otra vez toda la información relacionada con su apelación.

*En resumen:* Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Llame a la Organización de mejoramiento de la calidad para su estado al **1-866-815-5440** y pida otra revisión.

* Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad tomarán una decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido 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 interno todo el tiempo que sea médicamente necesario.
* Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

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

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

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

## Sección 7.4: ¿Qué sucederá si pierdo una fecha límite para apelar?

Si pierde la fecha límite para las Apelaciones de nivel 1 y nivel 2 de la Organización para el mejoramiento de la calidad, hay otra manera de presentar una apelación directamente ante nuestro plan. Siga el mismo proceso descrito en la Sección 5, en la página <xx>, también resumida a continuación.

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

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad, 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 su estadía en el hospital. Revisamos si la decisión sobre cuándo deberá salir del hospital fue justa y si cumple todas las reglas.

*En resumen:* Cómo hacer una Apelación alterna de nivel 1

Llame a Servicios al participante y pida una “revisión rápida” de la fecha de su salida del hospital.

Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas.

* Para responder a esta revisión usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar. Esto significa que le informaremos nuestra decisión tan pronto como su condición lo requiera, pero a más tardar en 72 horas después de pedirnos la “revisión rápida”.
* **Si decimos *Sí* a su revisión rápida,** eso significa que estamos de acuerdo con que usted deberá seguir en el hospital después de la fecha de su salida. Seguiremos cubriendo los servicios del hospital mientras sigan siendo médicamente necesarios.

Eso también significa que estamos de acuerdo con pagar 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 interno terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.
* Si permaneció en el hospital *después* de la fecha programada para su salida, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** delcuidado de hospital que recibió después de la fecha programada para su salida.
* Enviaremos su apelación a la Oficina de audiencias administrativas integradas para verificar que hayamos seguido todas las reglas cuando respondimos ***No*** a su apelación rápida. Esto significará que su caso pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

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

Si no estamos de acuerdo con usted que la fecha de salida del hospital debe cambiarse, enviaremos la información para su Apelación de nivel 2 a la Oficina de audiencias administrativas integradas (IAHO), a más tardar en 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 alguna otra fecha límite, puede presentar un reclamo. En la Sección 10, en la página <xx> se explica cómo presentar un reclamo.

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

En resumen: Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 2

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Oficina de audiencias administrativas integradas (IAHO).

* La IAHO hará una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta a más tardar en 72 horas.
* La IAHO no está relacionada con nuestro plan.
* Un funcionario de audiencias de IAHO analizará cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación a la fecha de su salida del hospital.
* Si la IAHO responde ***Sí*** a su apelación, debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que usted haya recibido desde la fecha programada para su salida del hospital. También debemos continuar nuestra cobertura de sus servicios de hospital, siempre y cuando sean médicamente necesarios.
* Si la IAHO responde ***No*** a su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha programada para su salida del hospital era médicamente adecuada.

La carta que recibirá de la IAHO 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, que estará a cargo del Consejo de apelaciones de Medicare (MAC). La Sección 9, en la página <xx> tiene más información sobre los niveles de apelación adicionales.

# Sección 8: Qué hacer si cree que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) terminarán demasiado pronto

Esta sección es *sólo* sobre los siguientes tipos de cuidado:

* Servicios de cuidado de salud en el hogar.
* Cuidado de enfermería especializada en una institución de enfermería especializada.
* Cuidado de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente externo en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobada 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 su proveedor o el Equipo interdisciplinario (IDT) diga que lo necesita.
* Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos tipos de cuidado, debemos avisarle antes que terminen sus servicios. Cuando termine su cobertura para ese cuidado, *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. Las procesa la Organización de mejoramiento de la calidad (QIO) designada por Medicare. Es muy recomendable que usted use el proceso más rápido en lugar de la apelación regular descrita en la Sección 5, en la página <xx>. Sin embargo, las dos opciones están a su disposición. Esta sección le dice cómo pedir una apelación a la QIO y también le recuerda sobre la opción de apelación ante el plan.

## Sección 8.1: Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura

Usted recibirá un aviso por lo menos dos días antes que dejemos de pagar sus servicios. Este aviso se llama *Notificación de no cobertura de Medicare.*

* El aviso por escrito le dirá la fecha en que dejaremos de cubrir sus servicios.
* El aviso por escrito también le dirá cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. Su firma en el aviso **no** significa que usted esté de acuerdo con la decisión del plan de que es tiempo que usted deje de recibir servicios.

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

## Sección 8.2: Apelación de nivel 1 ante la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO), para continuar su cuidado

Si le parece que estamos terminando la cobertura de sus servicios demasiado pronto, usted puede presentar una apelación. Esta sección le dice cómo pedir una Apelación de nivel 1 ante la Organización para el mejoramiento de la calidad.

Antes de comenzar su 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 10, 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 llame al Programa de información, consejería y ayuda para los seguros de salud, (HIICAP) al   
  1-800-701-0501.

Durante una Apelación de nivel 1, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que hayamos tomado. En New York, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama Livanta. Usted puede comunicarse con Livanta al   
1-866-815-5440. La información sobre cómo apelar ante la Organización para el mejoramiento de la calidad también se encuentra en la *Notificación de no cobertura de Medicare.* Este aviso es el que usted recibió cuando se le dijo que dejaríamos de cubrir sus cuidados.

*En resumen:* Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para pedir al plan que continúe su cuidado

Llame a la Organización de mejoramiento de la calidad de su estado al 1-866-815-5440y pida una "apelación de vía rápida".

Llame antes de salir de la agencia o institución que está proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada para su salida.

### ¿Qué es una Organización de mejoramiento de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros proveedores de 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”. Ésta es una revisión independiente para determinar si es médicamente adecuado que suspendamos la cobertura de sus servicios.

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

* Debe comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad *a más tardar al mediodía del día siguiente de haber recibido un aviso por escrito de cuándo dejaremos de cubrir su cuidado.*
* Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el mejoramiento de la calidad, puede presentar la apelación directamente a nosotros. Para conocer detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, lea la Sección 8.4, 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 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día,   
7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.). Podrá ver una muestra de un aviso por internet en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html

### *¿Qué sucederá durante la revisión hecha por la Organización para el mejoramiento de la calidad?*

* Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere puede hacerlo.
* Cuando presente una apelación, el plan deberá escribir una carta a usted y a la Organización para el mejoramiento de la calidad, explicando por qué deberían terminar sus servicios.
* Los revisores también analizarán sus expedientes médicos, hablarán con su proveedor y revisarán la información que el plan les haya dado.

**A más tardar un día completo después que los revisores tengan toda la información que necesiten, le dirán su decisión.** Usted recibirá una carta explicando 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 dicen ***Sí*** a su apelación, debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

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

* Si los revisores dicen ***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 una institución de enfermería especializada o servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que termine su cobertura, usted podría tener que pagar el costo totalpor este cuidado.

## Sección 8.3: Apelación de nivel 2 ante la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO), para continuar su cuidado

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad respondió ***No*** a la Apelaciónde 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 Organización para el mejoramiento de la calidad revisará la decisión que tomó en el Nivel 1. Si están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, usted podría tener que pagar el costo total de su cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o los servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que le dijimos que terminaría su cobertura.

En New York, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama Livanta. Usted puede comunicarse con Livanta al   
1-866-815-5440. Pida la revisión de Nivel 2 **a más tardar en 60 días calendario** después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad dijo ***No*** a su Apelación de nivel 1. Podrá pedir esta revisión sólo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

*En resumen:* Cómo presentar una Apelación de nivel 2 de QIO, para pedir que <plan name> cubra su cuidado por más tiempo

Llame a la Organización de mejoramiento de la calidad para su estado al 1-866-815-5440 y pida otra revisión.

Haga la llamada antes de salir de la agencia o institución que esté proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada para su salida.

* Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad analizarán otra vez, cuidadosamente, toda la información relacionada con su apelación.
* La Organización para el mejoramiento de la calidad tomará una decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido de una segunda revisión.

### ¿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.

## Sección 8.4: ¿Y si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de nivel 1?

Si pierde la fecha límite para la Apelación de nivel 1 ante la Organización para el mejoramiento de la calidad, usted todavía podrá presentar una apelación directamente con nuestro plan. Siga el mismo proceso descrito en la Sección 5, en la página <xx>, que también resumimos a continuación.

### Apelación alterna de nivel 1 para continuar su cuidado más tiempo

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad, puede presentar una apelación ante nuestro plan. Pida una “revisión rápida”. Esta 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”.

Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas.

* Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). Revisamos si la decisión sobre cuándo deberán terminar sus servicios fue justa y si se siguieron todas las reglas.
* Usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar para darle la respuesta a esta revisión. Le daremos nuestra decisión tan pronto como su condición lo requiera, pero a más tardar en 72 horas después de pedirnos una “revisión rápida.”
* **Si respondemos *Sí*** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo con seguir cubriendo sus servicios mientras sean médicamente necesarios.

También significa que estamos de acuerdo con devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

* **Si respondemos *No*** a su revisión rápida, estamos diciendo que terminar sus servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.
* Si usted sigue recibiendo servicios después del día en que dijimos que terminarían, **usted podría tener que pagar el costo total** de los servicios.
* Enviaremos su apelación a la Oficina de audiencias administrativas integradas 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 en que sus servicios deben continuar, enviaremos la información para su Apelación de nivel 2 a la Oficina de audiencias administrativas integradas (IAHO) a más tardar 2 días laborables después de se haya llegado a una decisión de Nivel 1. Si usted cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite o con otras fechas límite usted puede presentar un reclamo. En la Sección 10, en la página <xx> se explica cómo presentar un reclamo.

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

* La IAHO hará una “revisión rápida”   
  de su apelación. Los revisores le responderán a más tardar en 72 horas.

*En resumen:* Cómo hacer 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 Oficina de audiencias administrativas integradas (IAHO).

* La IAHO no está relacionada con nuestro plan.
* Un Funcionario de audiencias de IAHO revisará con cuidado toda la información relacionada con su apelación.
* Si la IAHO dice ***Sí*** a su apelación, debemos devolverle nuestra parte de los costos de su cuidado. También debemos continuar nuestra cobertura del plan de sus servicios mientras sean médicamente necesarios.
* Si la IAHO dice ***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 IAHO, 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 Consejo de apelaciones de Medicare. La Sección 9, en la página <xx>, tiene más información sobre los niveles de apelación adicionales.

# Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

## Sección 9.1: Pasos siguientes para los servicios, artículos y medicamentos (no los de Medicare Parte D)

Si hizo una Apelación de nivel 1 y una Apelación de nivel 2 como se describe en las Secciones 5, 7 y 8 y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que usted tenga derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la Oficina de audiencias administrativas integradas (IAHO) le explicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una revisión del Consejo de apelaciones de Medicare. Después de eso, usted podría tener derecho a pedir a un tribunal federal que oiga su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier momento del proceso de apelación, puede comunicarse con Independent Consumer Advocacy Network (ICAN). El número de teléfono es   
1-844-614-8800.

## Sección 9.2: Pasos siguientes para los medicamentos de Medicare Parte D

Si usted presentó Apelaciones de nivel 1 y nivel 2 por medicamentos de Medicare Parte D, como se describe en la Sección 6 y ambas apelaciones fueron rechazadas, usted podría tener derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de revisiones independientes le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un Juez de derecho administrativo (ALJ). Si usted quiere que un ALJ revise su caso, los medicamentos que usted pide deben llegar a un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor al nivel mínimo, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, usted puede pedir a un ALJ que oiga su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ, usted puede ir ante el Consejo de apelaciones de Medicare. Después de esto, usted podría tener derecho a pedir que un tribunal federal oiga su caso.

Si necesita ayuda en cualquier momento del proceso de apelación, puede comunicarse con Independent Consumer Advocacy Network (ICAN). El número de teléfono es1-844-614-8800.

# Sección 10: Cómo presentar un reclamo

### ¿Qué tipos de problemas deberían causar un reclamo?

"Presentar un reclamo" es otra manera de decir "presentar una queja". El proceso de reclamos se usa *sólo* 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 reclamos.

#### Reclamos sobre la calidad

*En resumen:* Cómo presentar   
un reclamo

Usted puede presentar un reclamo interno ante su plan o un reclamo externo ante una organización que no esté vinculada con nuestro plan

Para presentar un reclamo interno, llame a Servicios al participante o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que procesan reclamos externos. Para encontrar más información, lea la Sección 10.2 en la página <xx>.

* 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 el respeto.
* Si el personal de <plan name> lo trató mal.
* Si cree que lo están sacando del plan.

#### Reclamos sobre la accesibilidad

* Usted no puede acceder físicamente a los servicios de cuidado de la salud y a las instalaciones de la oficina de un proveedor.
* Su proveedor no le ofrece adaptaciones razonables necesarias para usted, 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, hospital o 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 a tiempo su caso a la Oficina de audiencias administrativas integradas o la Entidad de revisiones independientes.

### *¿Hay diferentes tipos de reclamos?*

**Sí.** Usted puede presentar un reclamo interno y/o un reclamo externo. Un reclamo interno se presenta ante nuestro plan, quien también lo revisa. Un reclamo externo se presenta y se revisa ante una organización sin relación con nuestro plan. Si necesita ayuda para presentar un reclamo interno y/o un reclamo externo, usted puede llamar a Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) al 1-844-614-8800.

## Sección 10.1: Reclamos internos

Para presentar un reclamo interno, lame a Servicios al participante al <toll-free number>. Puede presentar la queja en cualquier momento a menos que se trate de los medicamentos de la Parte D. Si se trata de un medicamento de la Parte D, debe presentar su queja en **un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema.

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

El término legal para “una queja rápida” es “reclamación acelerada.”

La mayoría de los reclamos son contestados a más tardar en 30 días calendario. Si es posible, le responderemos inmediatamente. 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 su 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 negamos su pedido de una "decisión rápida sobre cobertura" o una "apelación rápida", le daremos automáticamente un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo a más tardar en 24 horas.
* Si presenta un reclamo porque tomamos tiempo adicional para tomar una decisión sobre cobertura, le daremos automáticamente un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo a más tardar en 24 horas.

Si necesitamos más información y el retraso es en su favor o si usted pide más tiempo, podríamos tomar hasta 14 días calendario más para contestar 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, ya sea que estemos de acuerdo o no con el reclamo. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, usted puede presentar un reclamo externo.

## Sección 10.2: Reclamos externos

### Usted puede decirle a Medicare sobre su reclamo

Usted puede enviar su reclamo (queja) a Medicare. El Formulario para presentar quejas de Medicare está disponible en: https://[www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.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/TDD (las personas sordas, con dificultades para oír o hablar) 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 el Programa FIDA.

### Usted puede decirle al Departamento de salud del estado de New York sobre su reclamo

Para presentar un reclamo ante el Departamento de salud del estado de New York (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 el Programa FIDA.

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

Usted puede presentar un reclamo ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos, si le parece que le han tratado injustamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o sobre asistencia con el idioma. El teléfono de la Oficina de derechos civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Usted también puede visitar http://www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

Usted también puede comunicarse con la Oficina local de derechos civiles en:

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

Usted también puede tener otros derechos bajo la Ley de Estadounidenses con discapacidades y bajo [plans may insert relevant state law.] Usted puede comunicarse con Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) para pedir ayuda. El número de teléfono es el 1-844-614-8800.

### Usted puede presentar un reclamo ante la Organización de mejoramiento de la calidad

Cuando su reclamo sea sobre la *calidad* *del cuidado*, usted también tiene dos opciones:

* Si lo prefiere, usted puede presentar su reclamo sobre la calidad del cuidado directamente a la Organización de mejoramiento de la calidad (*sin* presentarnos su reclamo).
* O, usted puede presentar su reclamo ante nosotros **y** ante la Organización de mejoramiento de la calidad. Si usted presenta su reclamo ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su reclamo.

La Organización de mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar los cuidados prestados a los pacientes de Medicare.

En New York la Organización de mejoramiento de la calidad se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es el 1-866-815-5440.