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

**Note: This version of Chapter 9 should be used by plans with Medi-Cal products that are subject to Knox-Keene licensure requirements.**

[Plans should refer members 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.]

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

¿Qué hay en este capítulo?

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

* Usted tiene un problema o una queja sobre su plan.
* Usted necesita un servicio, artículo o medicamento y su plan ha dicho que no lo pagará.
* Usted no está de acuerdo con una decisión tomada por su plan sobre su cuidado.
* Usted cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.
* Usted tiene un problema o una queja sobre sus servicios y respaldos a largo plazo, incluyendo, Programas de servicios para personas de la tercera edad (MSSP) [Plan shall change “Programas de servicios para personas de la tercera edad (MSSP)” to the term “Administración y planificación de cuidado (CPM)” once the plan’s county has transitioned MSSP into Managed Care]*.* Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS), y servicios en un Centro de enfermería (NF).

**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 que está buscando.

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

Usted debería recibir el cuidado de salud, los medicamentos y los servicios y respaldos a largo plazo que su doctor y otros proveedores consideren necesarios como parte del plan de cuidado de su salud. **Si está teniendo un problema con su cuidado, puede llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077 para ayuda**. Este capítulo explica las opciones que usted tiene para atender distintos problemas y quejas, pero siempre que lo necesite, usted puede llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect para que lo guíen a través del problema. Para recursos adicionales para atender sus inquietudes y las maneras de contactarlos, lea el Capítulo 2 [*plans should insert reference, as appropriate*] para más información sobre los programas de ombudsman.

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

Tabla de Contenido

[¿Qué hay en este capítulo? 1](#_Toc14174157)

[Si usted está teniendo un problema con su salud o con sus servicios y respaldos a largo plazo 2](#_Toc14174158)

[Sección 1: Introducción 5](#_Toc14174159)

[ Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema 5](#_Toc14174160)

[ Sección 1.2: ¿Cuáles son los términos legales? 5](#_Toc14174161)

[Sección 2: A dónde llamar para pedir ayuda 6](#_Toc14174162)

[ Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda 6](#_Toc14174163)

[Sección 3: Problemas con sus beneficios 8](#_Toc14174164)

[ Sección 3.1: ¿Usted debería usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿desea presentar una queja? 8](#_Toc14174165)

[Sección 4: Decisiones sobre cobertura y apelaciones 9](#_Toc14174166)

[ Sección 4.1: Resumen de las decisiones sobre cobertura y apelaciones 9](#_Toc14174167)

[ Sección 4.2: Obteniendo ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones 9](#_Toc14174168)

[ Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle? 10](#_Toc14174169)

[Sección 5: Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D) 13](#_Toc14174170)

[ Sección 5.1: Cuándo usar esta sección 13](#_Toc14174171)

[ Sección 5.2: Pidiendo una decisión de cobertura 14](#_Toc14174172)

[ Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D) 16](#_Toc14174173)

[ Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D) 20](#_Toc14174174)

[ Sección 5.5: Problemas de pagos 26](#_Toc14174175)

[Sección 6: Medicamentos de la Parte D 29](#_Toc14174176)

[ Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D 29](#_Toc14174177)

[ Sección 6.2: ¿Qué es una excepción? 31](#_Toc14174178)

[ Sección 6.3: Qué cosas importantes debe saber sobre pedir una excepción 32](#_Toc14174179)

[ Sección 6.4: Cómo pedir una decisión sobre cobertura sobre un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción 33](#_Toc14174180)

[ Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para Medicamentos de la Parte D 36](#_Toc14174181)

[ Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D 39](#_Toc14174182)

[Sección 7: Pidiéndonos que cubramos una estadía más larga en el hospital 41](#_Toc14174183)

[ Sección 7.1: Aprendiendo sobre sus derechos de Medicare 41](#_Toc14174184)

[ Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital 42](#_Toc14174185)

[ Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital 44](#_Toc14174186)

[ Sección 7.4: ¿Qué sucederá si pierdo la fecha límite para apelar? 46](#_Toc14174187)

[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 48](#_Toc14174188)

[ Sección 8.1: Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura 48](#_Toc14174189)

[ Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar su cuidado 49](#_Toc14174190)

[ Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar su cuidado 51](#_Toc14174191)

[ Sección 8.4: ¿Y si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de nivel 1? 52](#_Toc14174192)

[Sección 9: Cómo llevar su Apelación más allá del Nivel 2 55](#_Toc14174193)

[ Sección 9.1: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare 55](#_Toc14174194)

[ Sección 9.2: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medi-Cal 55](#_Toc14174195)

[Sección 10: Cómo presentar una queja 57](#_Toc14174196)

[ Sección 10.1: Quejas internas 58](#_Toc14174197)

[ Sección 10.2: Quejas externas 59](#_Toc14174198)

# 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 Medi-Cal aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que nosotros y usted debemos seguir.

## Sección 1.2: ¿Cuáles son los términos legales?

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

Por ejemplo, decimos:

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

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

# Sección 2: A 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 del Programa Ombuds de Cal MediConnect**

Si usted necesita ayuda, puede llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect. El Programa Ombuds de Cal MediConnect es un programa ombudsman que responderá sus preguntas y le ayudará a comprender qué hacer para resolver su problema. El Programa Ombuds de Cal MediConnect no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de seguro de salud. Ellos podrán ayudarle a comprender qué proceso usar. El número de teléfono para el Programa Ombuds de Cal MediConnect es 1-855-501-3077. Los servicios son gratuitos. Para más información sobre programas ombudsman, vea el Capítulo 2 [*plans should insert reference, as appropriate*].

**Usted puede obtener ayuda del Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud**

Usted también puede llamar al Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP). Los consejeros de HICAP podrán responder a sus preguntas y ayudarle a comprender qué hacer para solucionar su problema. El programa HICAP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de cuidado de la salud. HICAP tiene consejeros capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El teléfono de HICAP es 1-800-434-0222.

**Obteniendo ayuda de Medicare**

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

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

**Usted puede obtener ayuda del Departmento de cuidados de salud administrados de California**

En este párrafo, el término “reclamo” significa una apelación o queja sobre servicios de Medi-Cal, su plan médico o uno de sus proveedores.

El Departamento de cuidados de salud administrados de California es responsable de regular los servicios de los planes de salud. Si usted tiene un reclamo en contra de su plan de salud, primero debe llamar al plan de salud al [insert health plan's telephone number] y usar el proceso de quejas de su plan de salud, antes de comunicarse con el departmento. El utilizar este proceso de quejas no le quita los derechos legales o recursos potenciales que puedan estar disponibles para usted. Si necesita ayuda con una queja sobre una emergencia, una queja que no ha sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una queja que no ha sido solucionada por más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener asistencia. Puede que sea elegible para una Revisión médica independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de la IMR le proveerá una revisión imparcial de las decisiones médicas hechas por el plan de salud sobre la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura de tratamientos experimentales o de investigación y las disputas por servicios médicos de urgencia o su pago. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-HMO-2219)** y una línea de TTY **(1-877-688-9891)** para personas con problemas para oir y hablar. El sitio web del departmento <http://www.hmohelp.ca.gov>tiene formularios de quejas, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en Internet.

[Plans may insert similar sections for the QIO or additional resources that might be available.]

# Sección 3: Problemas con sus beneficios

## Sección 3.1: ¿Usted debería usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿desea presentar una queja?

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

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?  (Esto incluye problemas relacionados sobre si su cuidado médico particular, servicios y respaldos a largo plazo o medicamentos de receta están o no cubiertos, la manera en la cual están cubiertos y problemas relacionados con los pagos por cuidados médicos o medicamentos de receta.) | |
| **Sí.** Mi problema es sobre beneficios o cobertura.  Vaya a la **Sección 4**, **“Decisiones sobre cobertura y apelaciones”** en la página <xx>. | **No.** Mi problema no es sobre beneficios o cobertura.  Salte a la **Sección 10** **“Cómo presentar una queja”** en la página <xx>. |

# Sección 4: Decisiones sobre cobertura y apelaciones

## Sección 4.1: Resumen de las 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. Usted no es responsable por los costos de Medicare excepto por los copagos de la Parte D.

### ¿Qué es una decisión sobre cobertura?

Una decisión sobre coberturaes una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Nosotros estaremos tomando una decisión sobre cobertura cada vez que decidamos qué cubriremos por usted y cuánto pagaremos.

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

### ¿Qué es una apelación?

Una apelaciónes una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y que la modifiquemos, si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, nosotros podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted quiere no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Medi-Cal. Si usted o su doctor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar.

## Sección 4.2: Obteniendo ayuda con las decisiones de 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 miembro** al <phone number>.
* Puede llamar al **Programa Ombuds de Cal MediConnect** para pedir ayuda gratuita. El Programa Ombuds de Cal MediConnect ayuda a las personas inscritas en Cal MediConnect con problemas de facturación o servicio. El número de teléfono es 1‑855-501-3077.
* Puede llamar al **Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP)** para obtener ayuda gratuita. HICAP es una organización independiente. No está vinculada con este plan. El número de teléfono es 1‑800‑434‑0222.
* Llame al **Centro de ayudas del Departmento de cuidados de salud administrados (DMHC)** para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas inscriptas en Cal MediConnect con las apelaciones sobre los servicios de Medi-Cal o probemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas que son sordas, tienen problemas para oir o hablar pueden usar el número gratuito de TTY, 1-877-688-9891.
* Hable con **su médico o con otro proveedor**. Su médico u otro proveedor podrán pedir una decisión sobre cobertura o presentar una apelación en su nombre.
* 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.
  + Si usted desea que un amigo, un pariente u otra persona sea su representante llame a Servicios al miembro y pida el formulario “Nombramiento de un representante”. También podrá obtener este formulario entrando en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> [*plans may also insert:* o nuestro sitio web en <web address ***or*** link to form>]. Este formulario autoriza a la persona a actuar en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
* **Usted también tiene derecho a pedirle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su propio abogado o conseguir el nombre de un abogado de la asociación local de abogados u otro servicio de 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. Puede solicitar un abogado a la Health Consumer Alliance llamando al teléfono 1‑888‑804‑3536.
  + Sin embargo, **usted no tiene que 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 4 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 secciones de este capítulo que correspondan a su situación:**

* **La Sección 5 en la página <xx>** le da información si tiene problemas sobre los servicios, artículos y medicamentos (pero no medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
  + No está recibiendo un servicio que usted quiere y cree que nuestro plan lo cubre.
  + No aprobamos algún servicio, artículo o medicamento que su médico quiere darle y usted cree que este cuidado debería ser cubierto.
    - **NOTA:** Use la Sección 5, solamente si estos medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como Lista de medicamentos,que tienen un símbolo [plans should insert symbol used in the Drug List to indicate Medi-Cal covered drugs] no están cubiertos por la Parte D. Use la Sección 6 en la página <xx>, para presentar apelaciones para los medicamentos de la Parte D.
  + Usted recibió cuidado médico o servicios que usted cree deberían estar cubiertos, pero nosotros no hemos pagado por este cuidado.
  + Usted recibió y pagó por servicios médicos o artículos que creía que estaban cubiertos y quiere pedirnos que le devolvamos lo que pagó.
  + Le dijeron que la cobertura del cuidado que ha estado recibiendo será reducida o interrumpida y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
    - **NOTA:** Si la cobertura que será suspendida es por cuidados en un hospital, en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), usted deberá leer una sección aparte 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 a Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
* Quiere pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.
  + Quiere pedirnos que cancelemos los límites en la cantidad del medicamento que usted puede recibir.
  + Quiere pedirnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
  + No aprobamos su pedido o excepción y usted o su médico u otro proveedor creen que deberíamos haberlo aprobado.
  + Quiere pedirnos que paguemos por un medicamento de receta que ya compró. (Esto quiere decir, pedirnos 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 doctor le está dando de alta demasiado pronto. Use esta sección si:
  + Usted está en el hospital y cree que su doctor ha pedido que usted reciba el alta del hospital demasiado pronto.
* **La Sección 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 miembro al <phone number>.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame al Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1‑855-501-3077.

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

## Sección 5.1: Cuándo usar esta sección

Esta sección es sobre lo que tiene que hacer si tiene problemas con sus beneficios por sus cuidados médicos, cuidado de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS). También puede usar esta sección para solucionar problemas con medicamentos que **no** estén cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos de la Lista de medicamentosque tienen un símbolo [plans should insert symbol used in the Drug List to indicate Medi-Cal covered drugs]**no** están cubiertos por la Parte D. Utilice la Sección 6 para Apelaciones por medicamentos de la Parte D.

En esta sección dice qué puede hacer si usted está en una de las situaciones siguientes:

1. Cree que cubrimos un servicio médico, de salud del comportamiento o a largo plazo (LTSS) que necesita, pero no lo está recibiendo.

**Qué puede hacer:** Puede pedirnos que tomemos 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.

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

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión sobre no aprobar el cuidado. 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 cubríamos, pero no pagaremos por ellos.

**Qué puede hacer:** Usted podrá apelar nuestra decisión de no pagar. Vaya a la Sección 5.3, 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 le devolvamos lo que usted pagó por dichos servicios o artículos.

**Qué puede hacer:** Usted puede pedir que le devolvamos lo que usted pagó. Vaya a la Sección 5.5, en la página <xx> para obtener información sobre cómo pedirnos la devolución de su pago.

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

**Qué puede hacer:** Usted puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender el servicio. 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: Pidiendo una decisión de cobertura

**Cómo pedir una decisión sobre cobertura para obtener servicios médicos, servicios de la salud del comportamiento o ciertos servicios y respaldos a largo plazo (MSSP** [*plan shall change MSSP to CPM once the plan’s county has transitioned MSSP into Managed Care*]**, CBAS o servicios NF)**

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

* Nos puede llamar al: <phone number> TTY: <phone number>.
* Nos puede enviar un fax al: <phone number>
* Nos puede escribir a: <insert address>

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

Una vez que la ha solicitado y que nosotros disponemos de toda la información necesaria, generalmente tardamos 5 días laborables en tomar una decisión a menos que su solicitud sea para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le comunicaremos la decisión en no más de 72 horas desde la recepción de su solicitud. Si no le informamos sobre nuestra decisión a más tardar en 14 días calendario (o 72 horas para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare), puede apelar.

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

### ¿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 aprobamos su pedido, le avisaremos sobre nuestra decisión a más tardar en 72 horas (o en un plazo de 24 horas para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare).

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

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

### Pidiéndonos una decisión sobre cobertura rápida:

* Llámenos o envíenos un fax para pedirnos que cubramos el cuidado que desea.
* Llámenos al <phone number> o mándanos un fax al <fax number>.
* Encontrará más información sobre cómo comunicarse con nosotros en el Capítulo 2 [*plans may insert reference, as applicable*].

También puede pedirle a su proveedor o representante que nos llame para pedirnos que tomemos una decisión de cobertura rápida para usted.

### 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 cobertura por algún cuidado o artículo que aún no ha recibido** (Usted no podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida si su solicitud tiene que ver con un pago por cuidados médicos o un artículo que ya recibió.)
2. Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida **solamente si el tiempo estándar de 14 días calendario (o el límite establecido de 72 horas para medicamentos con receta de la Parte B de Medicare) puede causar daños serios a su salud o afectar su habilidad para desempeñarse.**

* Si su médico determina que necesita una decisión sobre cobertura rápida, se la daremos automáticamente.
* Si nos pide una decisión sobre cobertura rápida sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si usted puede obtener una decisión sobre cobertura rápida.
  + Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para que tomemos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También usaremos la fecha límite estándar de 14 días calendario (o el límite establecido de 72 horas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare).
  + Esta carta le dirá que, si su doctor nos pide que tomemos la decisión sobre cobertura rápida, lo haremos automáticamente.
  + La carta le dirá también cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión sobre cobertura estándar en lugar de una decisión sobre cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo las quejas rápidas, lea la Sección 10 en la página <xx>.

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

Usted tendrá la aprobación (pre-autorización) para recibir el servicio o artículo a más tardar en 14 días calendario (para una decisión sobre cobertura estándar) o en 72 horas (para una decisión sobre cobertura rápida) a partir del momento de su solicitud, a menos que su solicitud sea para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

* Si su solicitud es para medicamentos con receta de la Parte B de Medicare, aprobaremos (preautorizaremos) que obtenga el medicamento en un plazo de 72 horas (para una decisión de cobertura estándar) o en un plazo de 24 horas (para una decisión de cobertura rápida).
* Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión sobre cobertura, aprobaremos la cobertura al final de ese período adicional. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión sobre su cobertura para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

**Si la decisión de cobertura es No, ¿cómo lo sabré?**

Si la respuesta es **No**, en la carta que le enviemos le explicaremos nuestros motivos para responder que **No**.

* Si decimos que **No**, usted tiene derecho a apelar para pedirnos que cambiemos esta decisión. Apelar significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de rechazar la cobertura.
* Si usted decide apelar la decisión 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 (que no sean medicamentos de la Parte D)

**¿Qué es una apelación?**

Una apelaciónes una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión y la cambiemos si usted cree que hemos cometido un error. Si usted o su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar.

| En 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. (vea la página <xx>). * 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. (vea la página <xx>). * Siga leyendo esta sección para saber qué fechas límite se aplican a su apelación. |
| --- |

En la mayoría de los casos, usted deberá iniciar su apelación en el Nivel 1. Si no desea apelar al plan en primer lugar por un servicio de Medi-Cal, si su problema de salud necesita atención urgente, supone una amenaza grave e inmediata para su integridad física, o si sufre fuertes dolores y necesita que la decisión se tome de forma inmediata,podrá solicitar una revisión médica independiente al Departamento de cuidados de salud administrados en [www.hmohelp.ca.gov](http://www.hmohelp.ca.gov). Lea más información en la página <xx>. Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, usted puede llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077. El Programa Ombuds de Cal MediConnect no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con planes de salud.

**¿Qué es una Apelación de nivel 1?**

Una Apelación de nivel 1 es la primera apelación presentada ante nuestro plan. Nosotros revisaremos nuestra decisión sobre cobertura para ver si es correcta. La persona que hará la revisión no será la misma persona que tomó la decisión sobre cobertura inicial. Cuando terminemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito.

Si después de nuestra revisión le avisamos que el servicio o artículo no serán cubiertos, su caso podrá ir a la Apelación de nivel 2.

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

* Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro proveedor o su representante deberá comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al <phone number>. Para saber más sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación, lea el Capítulo 2, [*plans may insert reference, as applicable*]*.*
* Usted podrá presentar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
* Si usted está pidiendo una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
  + Puede enviar un pedido por escrito a la siguiente dirección: <insert address>
  + También puede enviar su pedido por internet a: [*insert plan’s online appeal address*]
  + Usted también podrá apelar llamándonos al <toll-free number>.
* Le enviaremos una carta dentro de 5 días calendario desde la fecha en que recibimos su apelación, diciéndole que la recibimos.

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

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

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

Para obtener un formulario de Nombramiento de un representante, pídalo llamando a Servicios al miembro o visite el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> [plans may also insert: o nuestro sitio web en <web address **or** link to form>].

**Si la apelación es hecha por otra persona que no sea usted, su médico u otro proveedor**, debemos recibir el formulario completo de Nombramiento de un representante antes de poder revisar su pedido.

**¿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 le enviemos para darle nuestra decisión.

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 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. Lea más información en "¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?" en la página <xx>.

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

**Sí**. Pídanos una copia gratuita, llamando a Servicios al miembro al <phone number>.

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

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

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

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

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

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

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

* Si no le damos una respuesta a su apelación dentro de 30 días calendario (o en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare), su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Nosotros le avisaremos cuando esto ocurra.
* Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto por Medi-Cal, usted mismo deberá presentar una Apelación de nivel 2. 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 todo lo que pidió, debemos aprobar o darle esa cobertura dentro de 30 días calendario de la fecha en que recibimos su apelación (o en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare).

**Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta que le enviaremos le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una Apelación de nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, la carta le explicará cómo presentar una Apelación de nivel 2 usted mismo. 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 presenta una apelación rápida, le daremos una respuesta dentro de 72 horas después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud requiere que lo hagamos.

* Si no le damos una respuesta a su apelación dentro de las 72 horas, su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Nosotros le avisaremos cuando esto ocurra.
* Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, usted mismo deberá presentar una Apelación de nivel 2. 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 todo lo que pidió, debemos aprobar o darle esa cobertura dentro de 72 horas después de que recibamos su apelación.

**Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo deMedicare, en la carta que le enviaremos le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una Apelación de nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, le diremos en la carta cómo podrá presentar 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>.

**¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones de nivel 1?**

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio que fue aprobado anteriormente, le enviaremos un aviso antes de tomar alguna acción. Si no está de acuerdo con la acción tomada, usted podrá presentar una Apelación de nivel 1 y pedir que continuemos sus beneficios para ese servicio. **Usted tiene que someter su solicitud de apelación en o antes de la más tarde de las siguientes fechas** para continuar sus beneficios:

* A partir de 10 días desde la fecha del envío postal del aviso sobre la acción, o
* En la fecha en que la acción propuesta será efectiva.

Si cumple con esta fecha límite, usted podrá seguir recibiendo el servicio o artículo en disputa mientras se procesa su apelación.

## Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D)

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

Si decimos que **No** a su Apelación en el nivel 1, le enviaremos una carta en la que se le dirá si el servicio o artículo está generalmente cubierto por Medicare o Medi-Cal.

* Si su problema es sobre un servicio o artículo de Medicare, enviaremos automáticamente su caso al proceso de Apelaciones de nivel 2 tan pronto como termine la Apelación de nivel 1.
* Si su problema es sobre un servicio o artículo de Medi-Cal, usted podrá presentar una Apelación de nivel 2. En la carta se le dirá cómo hacerlo. La información también aparece más adelante.

**¿Qué es una Apelación de nivel 2?**

Una Apelación de nivel 2 es la segunda apelación hecha por una organización independiente que no está relacionada con nuestro plan.

**Mi problema es sobre un servicio o artículo de Medi-Cal. ¿Cómo puedo presentar una Apelación de nivel 2?**

Hay dos maneras de presentar una Apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medi-Cal: (1) Presentando una queja, solicitando una Revisión médica independiente o (2) Una Audiencia del estado

**(1) Una Revisión médica independiente**

Usted puede presentar una queja o solicitar una Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés) del Centro de Ayuda del Departamento de cuidado de salud administrado de California (DMHC). Cuando usted presente la queja, el DMHC revisará nuestra decisión y tomará una determinación al respecto. Usted dispone de una IMR para cualquier servicio y artículo médico cubierto por Medi-Cal. Una IMR es una revisión de su caso hecha por médicos que no pertenecen a nuestro plan ni al DMHC. Usted no pagará los costos de una IMR.

Usted puede presentar una queja o solicitar una IMR si nuestro plan:

* Le niega, cambia o retrasa un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque <nuestro plan> determina que no es médicamente necesario.
* No cubrirá un tratamiento experimental o de investigación de Medi-Cal para una condición médica seria.
* No pagará por servicios de Medi-Cal de emergencia o de urgencia que usted ya recibió.
* No ha resuelto su Apelación de Nivel 1 para un servicio de Medi-Cal en 30 días calendario para una apelación estándar o en 72 horas para una apelación rápida.

**NOTA:** Si su proveedor presentó una apelación en su nombre, pero nosotros no recibimos el formulario de "Nombramiento de un Representante", tendrá que volver a presentarla antes de solicitar una IMR de nivel 2 al Departamento de cuidados de salud administrados.

Usted puede pedir una IMR y una Audiencia ante el estado, pero no si ya pidió una Audiencia ante el estado por el mismo problema.

En la mayoría de los casos, usted debe presentar una apelación con nosotros antes de solicitar una IMR. Lea la página <xx> para obtener información sobre nuestro proceso de Apelación de nivel 1. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja al DMHC o puede pedirle al Centro de ayuda de DMHC una IMR.

Si su tratamiento fue negado porque es experimental o de investigación, usted no tiene que seguir con nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente o involucra una amenaza inmediata y grave para su salud o si sufre fuertes dolores, usted puede comunicarse inmediatamente con el DMHC sin tener que pasar previamente por el proceso de apelaciones.

Usted debe solicitar **una IMR dentro de los 6 meses siguientes** a cuando le enviamos nuestra decisión por escrito sobre la apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después de 6 meses por razones justificadas tales como una condición médica que le haya impedido solicitar el IMR dentro de los seis meses o que usted no haya recibido información adecuada de nuestra parte sobre el proceso de IMR.

Para pedir una IMR:

* Llene la Aplicación de Revisión médica independiente/ Formulario de Quejas disponible en <https://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx> o llame al Centro de ayuda de DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
* Envíe copias de las cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que le negamos. Esto puede acelerar el proceso de la IMR. Envíe copias de los documentos, no los originales. El Centro de ayuda no puede devolver ningún documento.
* Llene el Formulario de Asistente autorizado si alguien le está ayudando con su IMR. Puede obtener este formulario en <https://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx> o llame al Centro de ayuda del Departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
* Envíe por correo o fax sus formularios y todos los anexos a:

Help Center

Department of Managed Health Care

980 Ninth Street, Suite 500

Sacramento, CA 95814-2725

FAX: 916-255-5241

Si usted califica para un IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta dentro de 7 días calendario notificándole que califica para un IMR. Después de que el plan haya recibido su aplicación y documentos necesarios, la decisión del IMR será tomada dentro de 30 días calendario. Usted deberá recibir la decisión del IMR dentro de 45 días calendario luego de haber presentado la aplicación completa.

Si su caso es urgente y usted califica para un IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta dentro de 2 días calendario notificándole que califica para un IMR. Después de que el plan haya recibido su aplicación y documentos necesarios, la decisión del IMR será tomada dentro de 3 días calendario. Usted deberá recibir la decisión del IMR dentro de 7 días calendario de haber presentado la aplicación completa. Si no está satisfecho con los resultados de la IMR, usted todavía puede pedir una Audiencia ante el estado.

Si DMHC decide que su caso no es elegible para una IMR, DMHC revisará su caso a través de su proceso regular de quejas de clientes. Su queja debería estar resuelta en un plazo de 30 días calendario desde la fecha de presentación del formulario correspondiente. Si la queja tiene carácter urgente, se resolverá más rápido.

**(2) Una Audiencia ante el estado**

Puede solicitar una audiencia estatal con respecto a los servicios y productos cubiertos por Medi‑Cal. Si su médico u otro proveedor solicitan un servicio o artículo que no aprobaremos, o si no continuaremos pagando los servicios o artículos que usted ya posee y le negamos la Apelación de nivel 1, tiene derecho a solicitar una audiencia estatal.

En la mayoría de los casos, **usted tiene 120 días para pedir una Audiencia ante el estado,** después de haberle enviado la carta “Sus Derechos para una audiencia”.

**NOTA:** Si usted pide una Audiencia ante el estado 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 Audiencia ante el estado esté en proceso. Lea más información en "Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones de nivel 2?"en la página <xx>.

Hay dos maneras de pedir una Audiencia ante el estado:

1. Usted puede llenar la “Solicitud para una Audiencia ante el estado" en la parte de atrás del aviso de acción. Usted debe darnos toda la información solicitada como su nombre completo, dirección, número de teléfono, el nombre del plan o condado que llevó a cabo la acción contra usted, los programas de ayuda involucrados y una razón detallada explicando porque quiere una audiencia. Luego, puede presentar su solicitud en una de las siguientes maneras:

* Al departamento de asistencia social del condado a la dirección escrita en el aviso.
* Al Departamento de Servicios sociales de California:

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, California 94244-2430

* A la División de audiencias del estado al fax número 916-651-5210 o 916-651-2789.

1. Usted puede llamar al Departamento de servicios sociales de California al 1-800-952-5253. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349. Si usted decide pedir por teléfono una Audiencia ante el estado, debe tener en cuenta que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

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

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

* Usted no necesita solicitar una Apelación de nivel 2. Nosotros automáticamente enviaremos su caso (todo o parte del caso) a una IRE. A usted se le notificará cuando esto ocurra.
* La IRE está contratada por Medicare y no está conectada con el plan de salud.
* Usted puede pedir una copia de su expediente llamando a Servicios al cliente al <phone number>.

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

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

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

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

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

Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Medicare, sus beneficios para recibir ese servicio o artículo **no** continuarán durante el proceso de Apelación del nivel 2 presentado ante la Entidad de revisión independiente.

Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Medi-Cal y usted pide una Audiencia justa ante el estado, sus beneficios de Medi-Cal para ese servicio o artículo pueden continuar hasta que la audiencia tome una decisión. Usted debe pedir una audiencia **en la fecha o antes de lo que suceda más tarde de lo siguiente**, para poder continuar sus beneficios.

* Deberá hacerlo dentro de los 10 días de la fecha de envío de nuestra notificación hacia usted, en la que se indica que la determinación desfavorable del beneficio (decisión de la Apelación de nivel 1) ha sido confirmada o,
* En la fecha de inicio de la medida.

Si cumple con esta fecha límite, usted podrá seguir recibiendo el servicio en disputa mientras se procesa su apelación.

**¿Cómo sabré cuál es la decisión?**

Si su Apelación de nivel 2 fue una Revisión médica independiente, el Departamento de cuidados de salud administrados le enviará una carta explicándole la decisión tomada por los médicos que revisaron su caso.

* Si la Revisión médica independiente responde que **Sí** a una parte o a todo lo que usted pidió, debemos ofrecerle el servicio o tratamiento.
* Si la Revisión médica independiente responde que **No** a una parte o a todo lo que usted pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Apelación de nivel 1. Usted todavía puede pedir una Audiencia ante el estado. Lea la página <xx> para más información sobre cómo pedir una Audiencia ante el estado.

Si su Apelación de nivel 2 fue dirigida a una Audiencia ante el estado, el Departamento de servicios sociales de California le enviará una carta explicándole su decisión.

* Si la Audiencia ante el estado responde que **Sí** a una parte o todo lo que usted pidió, debemos cumplir con la decisión. Tenemos que llevar a cabo las acciones descriptas dentro de 30 días calendario de la fecha en que recibimos una copia de la decisión.
* Si la IRE responde **Sí** a una parte o a todo su pedido en su apelación estándar para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionarle el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en un plazo de 72 horas de haber recibido la decisión de la IRE. Si tiene una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare dentro de las 24 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
* Si la Audiencia ante el estado responde que **No** a una parte o todo lo que usted pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de la Apelación de nivel 1. Es probable que terminemos toda ayuda pendiente que usted está recibiendo.

Si su Apelación de nivel 2 fue hecha ante una Entidad de revisión independiente (IRE) de Medicare, le enviarán una carta explicándole su decisión.

* Si la IRE responde que **Sí** a una parte o a todo lo que usted pidió en su apelación estándar, debemos aprobarle la cobertura médica a más tardar en 72 horas o proporcionársela dentro de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si usted tuvo una apelación rápida, debemos aprobarle la cobertura médica o proporcionarle el servicio o artículo a más tardar 72 horas desde la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
* Si la IRE dice que **No** a una parte o a todo lo que usted pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Apelación de nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión. También se llama rechazar su apelación.

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

Si su Apelación de nivel 2 fue hecha ante una Revisión médica independiente, usted puede pedir una Audiencia ante el estado. Para más información sobre como pedir una Audiencia ante el estado, vaya a la página <xx>.

Si su Apelación de nivel 2 fue hecha ante una Audiencia ante el estado, usted puede pedir una nueva audiencia dentro de los 30 días después de recibir la decisión. Usted también puede pedir una revisión judicial de la negación de la Audiencia ante el estado, presentando una petición ante la Corte superior (según el Procedimiento de la sección 1094.5 del código civil) hasta un año a partir de la fecha en la que recibe la decisión. Usted no puede pedir una IMR si ya pidió una Audiencia ante el estado por el mismo problema.

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

Vea la Sección 9 en la página <xx> para obtener más información sobre niveles adicionales de apelación.

## Sección 5.5: Problemas de pagos

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

Si recibe alguna factura [plans with cost sharing insert: más alta que su copago] 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.

Si necesita más información, comience por leer el Capítulo 7: “Cómo pedirnos que paguemos[plans with cost sharing, insert: nuestra parte de]una factura que usted haya recibido por servicios por medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en que usted podría necesitar pedir una devolución o pagar una factura que recibió de algún proveedor. Además se le indica cómo enviar los documentos para pedirnos que cubramos tales pagos.

**¿Puedo pedirles que me devuelvan lo que pagué por**[*insert if plan has cost sharing:* **su parte del plan de**] **un servicio o artículo?**

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

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

* Si el servicio o artículo que usted pagó están cubiertos y usted siguió todas las reglas, le enviaremos [*insert:* a usted ***or*** su proveedor][*insert:* pago ***or****, if plan has cost sharing:* nuestra parte del costo] del servicio o artículo, a dentro de los próximos 60 días calendario después de recibir su pedido. [*Insert, as applicable:* Su porveedor entonces le enviara el pago a usted.]
* Si usted no ha pagado los servicios todavía, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que **Sí** a su pedido de una decisión sobre cobertura.
* Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para decirle que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos por qué.

**¿Y si decimos que no pagaremos?**

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **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 a más tardar en 30 días calendario después de recibir su apelación.
* Si nos está pidiendo que le devolvamos el pago por un servicio o artículo que ya recibió y pagó, no puede pedir una apelación rápida.

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

* Si la IRE no está de acuerdo con nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor a más tardar en 30 días calendario. Si la respuesta para su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que pidió a usted o al proveedor, a más tardar en 60 días calendario.
* Si la IRE dice que **No** a su apelación, eso significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido. (Esto se llama confirmar la decisión. También se llama rechazar su apelación.) En la carta que reciba se le explicarán los derechos de apelación adicionales que usted podría tener. Usted podría apelar nuevamente sólo si el valor en dólares del servicio o artículo usted desea cumple con cierta cantidad mínima. Vea la Sección 9 en la página <xx> para obtener más información sobre niveles adicionales de apelación.

Si respondemos que **No** a su apelación y el servicio o artículo generalmente son cubiertos por Medi‑Cal, usted podrá presentar una Apelación de nivel 2 (vea la Sección 5.4 en la página <xx>). [Plans should edit as needed and/or provide additional instructions on the process for Level 2 payment appeals.]

# Sección 6: Medicamentos de la Parte D

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

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos de receta. Casi todos son “medicamentos de la Parte D”. Hay unos cuantos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Medi-Cal podría cubrir. **Esta sección corresponde sólo a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

LaLista de medicamentos, incluye algunos medicamentos que tienen un símbolo [plans should insert symbol used in the Drug List to indicate Medi-Cal covered drugs]. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo [plans should insert symbol used in the Drug List to indicate Medi-Cal covered drugs] siguen el proceso de la Sección 5 en la página <xx>.

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

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

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

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

* Usted pide que paguemos por un medicamento de receta que ya compró. Esto es, una decisión sobre cobertura sobre un pago.

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

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

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? | ¿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? | ¿Quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento que ya recibió y por el que pagó? | ¿Ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado? |
| **Puede pedirnos que hagamos una excepción.** (Esto es un tipo de decisión sobre cobertura.) | **Puede pedirnos una decisión sobre cobertura.** | **Puede pedirnos que le devolvamos el pago.** (Esto es un tipo de decisión sobre cobertura.) | **Puede apelar**. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos.) |
| 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>. | Salte a la **Sección 6.4** en la página <xx>. | Salte a la **Sección 6.4** en la página <xx>. | 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 o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en nuestra Lista de medicamentos o no está cubierto de la manera que usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

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

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

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

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

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

* Las reglas adicionales y las restricciones de cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
  + [Omit if plan does not use generic substitution.]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 del plan antes que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento para usted. (Esto se llama a veces autorización previa.)
  + [Omit if plan does not use step therapy.] Que se le pida probar un medicamento diferente antes que estemos de acuerdo en cubrir 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. Limitamos la cantidad que usted puede tener de algunos medicamentos.
* [Plans with no cost sharing, delete this bullet.]Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y quitar una restricción para usted, todavía puede pedir una excepción a la cantidad de copago que le pedimos que pague por el medicamento.

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

## Sección 6.3: Qué cosas importantes debe saber sobre pedir una excepción

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

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

Típicamente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una enfermedad en particular. Estos se llaman medicamentos “alternos”. En general, no aprobamos 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.

**Diremos Sí o No a su pedido de una excepción**

* Si decimos **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 decimos 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 si decimos que **No**.

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

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

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

**Qué hacer**

* Pida el tipo de decisión sobre cobertura que quiere. Haga su pedido por teléfono, por correo o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional autorizado) pueden hacerlo. Llámenos al <phone number>.
* Usted o su médico (u otro profesional autorizado) o alguien más que esté actuando en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
* Lea la Sección 4 en las páginas <xx> y <xx>, para saber cómo autorizar a otra persona para actuar como su representante.
* Usted no necesita darle un permiso por escrito a su médico u otro profesional autorizado para que nos pidan una decisión sobre cobertura en su nombre.
* Si quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento, lea el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] de este manual. En el Capítulo 7 se describen casos en los que posiblemente tenga que pedirnos que le devolvamos su dinero. También dice cómo enviarnos los documentos necesarios para pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento por el que usted ya pagó.
* Si está pidiendo una excepción, envíenos la “declaración de respaldo”. Su médico u otro profesional autorizado deben darnos los motivos médicos para la excepción del medicamento. Esto se llama declaración de respaldo.
* Su médico u otro profesional autorizado pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro profesional autorizado también pueden explicarnos sus razones por teléfono y, después, enviarnos una declaración por fax o por correo.

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

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

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

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

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 médico u otro profesional autorizado dicen que su salud requiere una “decisión sobre cobertura rápida”, automáticamente le daremos 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 médico u otro profesional autorizado), nosotros decidiremos si le daremos una decisión sobre cobertura rápida.
* Si decidimos que su enfermedad no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos las fechas límite estándar en lugar de las rápidas.
  + Se lo diremos en una carta. En la carta se le dirá cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar.
  + Puede presentar una “queja rápida” y obtener una respuesta a su queja en 24 horas. Lea más información sobre el proceso de quejas, incluyendo quejas rápidas, en la Sección 10 en la página <xx>.

**Fechas límite para una “decisión sobre cobertura rápida”**

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

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

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

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

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

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

| En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1  Usted, su médico, profesional autorizado o su representante pueden hacer su pedido por escrito y enviarlo por correo o por fax. También puede llamarnos para apzelar.   * Haga su solicitud **a más tardar en 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar. * Usted, su médico o 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. |
| --- |

* Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro profesional autorizado o su representante deben comunicarse con nosotros.
* Si nos escribe por 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 nuestra decisión. Si usted pierde esta fecha límite por un motivo justificado, podríamos darle más tiempo para apelar. Estos son ejemplos de un motivo justificado: usted tuvo una enfermedad grave que no le permitió contactarse con nosotros; o no le dimos información correcta sobre la fecha límite para presentar una apelación.
* Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.Para pedir una copia, llame a Servicios al miembro al <phone number>.

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

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

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

* Si está apelando una decisión tomada por nuestro plan sobre un medicamento que no haya recibido, usted y su médico u otro profesional autorizado deberán decidir si usted necesita una “apelación rápida.”
* Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión sobre cobertura rápida” incluidos en la Sección 6.4 en la página <xx>.

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

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

* Analizaremos con cuidado toda la información sobre su pedido de cobertura. Revisaremos para ver que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que **No**. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro 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, una Entidad de revisión independiente analizará su pedido.
* **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**.

**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, excepto si usted nos está pidiendo que le reembolsemos por un medicamente que ya compró Si usted nos está pidiendo que le reembolsemos por un medicamento que ya compró, tenemos que darle una respuesta dentro de 14 días calendario después de que recibimos su apelación. Si cree que su salud lo exige, pida una “apelación rápida”.
* Si no le damos una decisión a más tardar en 7 días calendario, o 14 días si nos pidió que le reembolsáramos por un medicamento que ya compró, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente analizará su pedido.
* **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, o 14 días si nos pidió que le reembolsáramos por un medicamento que ya compró.
  + Si aprobamos una solicitud para devolverle el pago por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.
* **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicando por qué dijimos que **No** y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

| En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 2  Si quiere que una 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 médico u otro profesional autorizado o su representante pueden solicitar la Apelación de nivel 2. * ¡Lea esta sección para asegurarse de ser elegible para una decisión rápida! También para informarse sobre las fechas límite de las decisiones. |
| --- |

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

* Si quiere que una 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 pedir la Apelación de nivel 2.
* Cuando apele a una IRE, enviaremos a dicha entidad su expediente. Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente llamando a Servicios al miembro al <phone number>.
* Usted tiene derecho a darle a la IRE otra información para apoyar su apelación.
* La IRE es una organización independiente contratada por Medicare que no está relacionada con este 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.

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

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

* 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 medicamentos a más tardar en 24 horas después de recibir la decisión.

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

* Si usted presenta 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, o 14 días si nos pidió que le reembolsáramos por un medicamento que ya compró.
* Si la IRE dice **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle la cobertura de medicamentos, a más tardar en 72 horas después de recibir la decisión.
* Si la IRE aprueba 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 mínimo. 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 en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

# Sección 7: Pidiéndonos que cubramos una estadía más larga en el hospital

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

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán 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 o el personal del hospital le dirán cuál será la fecha de su salida.

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

## Sección 7.1: Aprendiendo 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 miembro al <toll-free number>. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

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

* Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios al miembro al <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. 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 miembro o a Medicare a los números anotados arriba.

## Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si quiere que cubramos sus servicios de paciente interno en el hospital por un tiempo más largo, usted deberá presentar una apelación. Una Organización para el mejoramiento de la calidad revisará la Apelación de nivel 1 para ver si la fecha de su salida es médicamente adecuada. En California, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama <state-specific QIO name>.

Para presentar una apelación o cambiar la fecha de su salida, llame a <state-specific QIO name> al <toll-free number>.

**¡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 <phone number>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 costos por cuidados recibidos en el 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>.
* Dado que las estancias hospitalarias están cubiertas tanto por Medicare como por Medi-Cal, si la Organización para el mejoramiento de la calidad no ve su pedido de continuar su estadía en el hospital, o si usted cree que su situación es urgente, supone una amenaza grave e inmediata para su salud, o sufre fuertes dolores, posiblemente usted también puede presentar una queja o pedir una Revisión médica independiente a California Department of Managed Health Care (DMHC). Por favor vaya a la Sección 5.4 en la página <xx>, para ver cómo presentar una queja y pedir a DMHC una Revisión médica independiente.

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 miembro al <phone number>. También puede llamar al Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) al 1‑800‑434-0222. O, puede llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1‑855-501-3077.

**¿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.

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

**¿Qué pasará durante la revisión rápida?**

* Los revisores de la Organización para el mejoramiento de 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 médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.
* Usted recibirá una carta con la fecha de su salida, al medio día del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación. En la carta se le explicarán los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto que usted salga del hospital en esa fecha.

|  |
| --- |
| **El término legal** para esta explicación por escrito es **“Aviso detallado de su salida”.** Podrá obtener una muestra llamando a Servicios al miembro 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. O, puede ver una muestra del aviso en internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html> |

**¿Y si la respuesta es Sí?**

* 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, tal como se describe en la siguiente sección.

## Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechazó su apelación, yusted 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 California, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama <state-specific QIO name>. Usted podrá llamar a <state-specific QIO name> al: **<toll-free number>.**

| 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 de su estado al <phone number> y pida otra revisión. |
| --- |

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

**¿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.

Posiblemente usted también puede presentar una queja o pedir una Revisión médica independiente a DMHC. Por favor vaya a la Sección 5.4 en la página <xx> para ver cómo presentar una queja y pedir a DMHC una Revisión médica independiente.

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

Si pierde la fecha límite para apelar, hay otra manera de presentar Apelaciones en nivel 1 y nivel 2, llamada Apelaciones alternas. Pero, los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

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

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

| En resumen: Cómo hacer una Apelación alterna de nivel 1  Llame a Servicios al miembro y pida una “revisión rápida” de la fecha de su salida del hospital.  Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas. |
| --- |

* Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su estadía en el hospital. Revisamos si la decisión sobre cuándo deberá salir del hospital fue justa y si cumple todas las reglas.
* Para responder a esta revisión usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar. Esto significa que le informaremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de pedirnos la “revisión rápida.”
* **Si respondemos 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 que 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** del cuidado de hospital que recibió después de la fecha programada para su salida.
* Enviaremos su apelación a la Entidad de revisión independiente 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.

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

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

Enviaremos la información para su Apelación de nivel 2 a una Entidad de revisión independiente (IRE) a más tardar en 24 horas después de tomar nuestra decisión de Nivel 1. Si usted cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite o con alguna otra fecha límite, puede presentar una queja. En la Sección 10 en la página <xx> se explica cómo presentar una queja.

| En resumen: Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 2  Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de revisión independiente. |
| --- |

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

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

Posiblemente usted también puede presentar una queja y pedir una Revisión médica independiente a DMHC. Por favor vaya a la Sección 5.4 en la página <xx> para ver cómo presentar una queja y pedir a DMHC una Revisión médica independiente. Usted puede pedir una Revisión médica independiente además o en lugar de una Apelación de nivel 3.

# 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 el médico diga que lo necesita.
  + Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos tipos de cuidado, debemos avisarle antes que terminen sus servicios. Cuando termine su cobertura para ese cuidado, dejaremos de pagar por su cuidado.

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

## 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 su cuidado. Este aviso se llama “Notificación de no cobertura de Medicare”.

* El aviso por escrito le dirá la fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado.
* 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 el cuidado.

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

## Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar su cuidado

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

Antes 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 una queja. En la Sección 10 en la página <xx> se explica cómo presentar una queja.)
* **Si necesita ayuda, pídala.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al miembro al<phone number>. O llame al Programa de ayuda con seguros médicos del estado al <phone number>.

| 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 <phone number> y 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. |
| --- |

Durante una Apelación de nivel 1, una Organización para el mejoramiento de la calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que hayamos tomado. En California, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama <state-specific QIO name>. Usted puede comunicarse con <state-specific QIO name> al <phone number>.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.

**¿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 por 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 presentarnos 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>.
* Si la Organización para el mejoramiento de la calidad no verá su pedido de continuar la cobertura de sus servicios de cuidado de salud, o cree que su situación es urgente, supone una amenaza grave e inmediata para su salud, o si sufre usted fuertes dolores, puede usted también pueda pedir una Revisión médica independiente a California Department of Managed Health Care. Por favor vaya a la Sección 5.4 en la página <xx> para informarse sobre cómo presentar una queja y pedir a DMHC una Revisión médica independiente.

|  |
| --- |
| **El término legal** del aviso por escrito es **“Notificación de no cobertura de Medicare”**. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios al miembro al <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. O, vea una copia 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 médico y revisarán la información que nuestro 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 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 tendrá que pagar el costo total por este cuidado.

## Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar su cuidado

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad respondió **No** a la apelación **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 servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) despuésde la fecha en que le dijimos que terminaría su cobertura.

| En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para pedir que el plan cubra su cuidado por más tiempo  Llame a la Organización de mejoramiento de la calidad de su estado al <phone number> 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 |
| --- |

En California, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama <state-specific QIO name>. Usted puede comunicarse con <state-specific QIO name> al <phone number> 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.

* 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 apelación.

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

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

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

* Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en la Apelación de nivel 1 y que no la cambiarán.
* En la carta que reciba se le dirá qué hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Se le darán detalles sobre cómo pasar a una Apelación de nivel 3, que está a cargo de un juez.
* También puede presentar una queja y solicitar a DMHC una Revisión médica independiente para continuar su cobertura de servicios de cuidado de salud. Por favor vaya a la Sección 5.4 en la página <xx> para ver cómo pedir a DMHC una Revisión médica independiente. Usted puede presentar una queja y pedir una Revisión médica independiente además o en lugar de una Apelación de nivel 3.

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

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

**Apelación alterna de nivel 1 para continuar su cuidado por más tiempo**

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

* Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su cuidado de salud en el hogar, 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.

| En resumen:Cómo presentar una Apelación alterna de nivel 1  Llame a Servicios al miembro y pida una “revisión rápida”.  Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas. |
| --- |

* Usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar para darle la respuesta a esta revisión. Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de pedirnos una “revisión rápida.”
* **Si respondemos** **Sí** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo con seguir cubriendo sus servicios mientras sean médicamente necesarios.
* También 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 que** **No** a su revisión rápida, estamos diciendo que terminar sus servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.

Si usted sigue recibiendo servicios después del día en que dijimos que terminarían, **usted podría tener que pagar el costo total** de los servicios.

Enviaremos su apelación a la “Entidad de revisión independiente” para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando 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 expedita.”** |

**Apelación alterna de nivel 2 para continuar su cuidado por más tiempo**

Enviaremos la información para su Apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente a (IRE) más tardar 24 horas después de cuando le dimos nuestra decisión de Nivel 1. Si usted cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite o con otras fechas límite usted puede presentar una queja. En la Sección 10 en la página <xx> se explica cómo presentar una queja.

| En resumen: Cómo hacer una Apelación 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 Entidad de revisión independiente. |
| --- |

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

* La IRE hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores normalmente le responderán en 72 horas.
* La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
* Los revisores de la IRE revisarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación.
* **Si la IRE dice Sí** a su apelación, debemos devolverle nuestra parte de los costos de su cuidado. También debemos continuar nuestra cobertura de sus servicios mientras sean médicamente necesarios.
* **Si la IRE 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 IRE, se le dirá qué puede hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Además, se le darán los detalles sobre cómo presentar una Apelación de nivel 3, la que estará a cargo de un juez.

También puede presentar una queja y solicitar una Revisión médica independiente a DMHC para continuar la cobertura de sus servicios de cuidado de salud. Por favor vaya a la Sección 5.4 en la página <xx> para ver cómo pedir a DMHC una Revisión médica independiente. Usted puede presentar una queja y pedir una Revisión médica independiente además o en lugar de una Apelación de nivel 3.

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

## Sección 9.1: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare

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

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

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

Si necesita ayuda en cualquier momento del proceso de apelación, puede comunicarse con el Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077.

## Sección 9.2: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medi-Cal

Usted también tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que podrían ser cubiertos por Medi-Cal. Si usted no está de acuerdo con la decisión de la Audiencia justa ante el estado y quiere que otro juez la revise, puede pedir una nueva audiencia y/o pedir una revisión judicial.

Para pedir una nueva audiencia, mande su solicitud por escrito (una carta) a:

The Rehearing Unit   
744 P Street, MS 19-37   
Sacramento, CA 95814

Esta carta debe ser enviada dentro de los 30 días después que recibió nuestra decisión. Esta fecha límite puede extenderse hasta 180 días, si usted tiene un motivo justificado para retrasarse.

En su solicitud para la nueva audiencia, indique la fecha en la que recibió nuestra decisión y por qué piensa que deberíamos darle otra audiencia. Si desea presentar pruebas adicionales, describa dichas pruebas y explique por qué no fueron presentadas antes y cómo afectarían la decisión. Para asistencia, usted puede contactarse con servicios legales.

Para pedir una revisión judicial, usted debe presentar una petición ante la Corte superior (según el Procedimiento de la sección1094.5 del código civil) dentro de un año después de recibir nuestra decisión. Presente la petición ante la Corte superior del condado mencionado en su decisión. Usted puede presentar esta petición sin pedir otra audiencia. No tendrá que pagar por costos para presentar la petición. Usted puede tener derecho a que le paguen por costos y honorarios razonables de un abogado si la Corte toma una decisión final a su favor.

Si tiene una nueva audiencia y no está de acuerdo con la decisión de la nueva audiencia, usted puede pedir una revisión judicial pero no puede pedir otra audiencia.

# Sección 10: Cómo presentar una queja

**¿Qué tipos de problemas deberían causar una queja?**

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

| En resumen: Cómo presentar una queja  Usted puede presentar una queja interna ante su plan o una queja externa ante una organización que no esté vinculada con nuestro plan  Para presentar una queja interna, llame a Servicios al miembro o envíenos una carta.  Existen diferentes organizaciones que procesan quejas externas. Para encontrar más información, lea la Sección 10.2 en la página <xx>. |
| --- |

**Quejas sobre la calidad**

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

**Quejas sobre la privacidad**

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

**Quejas sobre el mal servicio al cliente**

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

**Quejas 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 doctor u otro proveedor.
* Su proveedor no le ofrece adaptaciones razonables necesarias para usted, como un Intérprete de idioma de señas estadounidense.

**Quejas sobre los tiempos de espera**

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

**Quejas sobre la limpieza**

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

**Quejas sobre el acceso lingüístico**

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

**Quejas sobre las comunicaciones que recibe de nosotros**

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

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

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

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

**¿Hay tipos diferentes de quejas?**

**Sí.** Usted puede presentar una queja interna y/o externa. Una queja interna se presenta ante el plan y éste la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada con nuestro plan, quien la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, usted puede llamar al Programa Cal MediConnect Ombuds, al 1-855-501-3077.

## Sección 10.1: Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios al miembro al <phone number>. Puede presentar la reclamación 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 reclamación **en un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema.

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

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

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

* Respondemos la mayoría de las quejas en 30 días calendario. Si no tomamos una decisión a más tardar en 30 días calendario porque necesitamos más información, le avisaremos por escrito. También le daremos una actualización del estado y el tiempo que estimamos nos tomará responderle.
* Si presenta una queja porque rechazamos su pedido sobre una decisión de “cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le daremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de 24 horas.
* Si está presentando una queja porque nos llevó tiempo extra hacer una decisión de cobertura, automáticamente le daremos una “queja rápida” y le contestaremos a más tardar en 24 horas.

Si no **estamos de acuerdo** con parte o con toda su queja, le diremos nuestros motivos. Le responderemos, ya sea que estemos de acuerdo o no con la queja.

## Sección 10.2: Quejas externas

**Usted puede informar a Medicare sobre su queja**

Usted puede enviar su queja a Medicare. El Formulario para presentar quejas a Medicare está disponible en: <https://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 pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

**Usted puede informar a Medi-Cal sobre su queja**

El programa Ombuds de Cal MediConnect también ayuda a resolver problemas de un punto de vista neutral para asegurarnos que todos nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos que debemos ofrecer. El Programa Ombuds de Cal MediConnect no está relacionado con nosotros, ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud.

El número de teléfono del Programa Ombuds de Cal MediConnect Ombuds es 1-855-501-3077. Los servicios son gratuitos.

**Usted puede informar al Departamento de cuidados de salud administrados de California sobre su queja**

El Departamento de cuidados de salud administrados de California (DMHC) es responsable de regular los planes de salud. Usted puede llamar el Centro de ayuda de DMHC con quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Usted puede comunicarse con DMHC si necesita ayuda con una queja sobre un asunto urgente o que represente una amenaza seria o inmediata a su salud, si sufre fuertes dolores, si está en desacuerdo con la decisión que nuestro plan tomó sobre su queja o si nuestro plan no resolvió su queja después de 30 días calendario.

Hay dos formas de obtener ayuda del Centro de ayuda:

* Llame al 1-888- 466-2219. Las personas sordas, con problemas para oir o hablar pueden usar el número gratuito de TTY, 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.
* Visite el sitio web del Departmento de cuidados de salud administrados (<http://www.hmohelp.ca.gov>).

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

Usted puede presentar una queja 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 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. También puede visitar <https://www.hhs.gov/ocr/index.html> para 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 derechos según la Ley de estadounidenses con discapacidades y según [plans may insert relevant state law]. Para pedir ayuda, comuníquese con el Programa Ombuds de MediConnect. El número de teléfono es el 1-855-501-3077.

**Usted puede presentar una queja ante la Organización para el mejoramiento de la calidad**

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

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

La Organización para el mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos activos y otros expertos de cuidado de salud, pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que se da a los pacientes de Medicare. Para más información sobre la Organización para el mejoramiento de la calidad, vea el Capítulo 2.

En California, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama <state-specific QIO name>. El teléfono de <state-specific QIO name> es <phone number>.