Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de 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, "refer to Chapter 9, Section A, page 1." An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

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

Introducción

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

* Usted tiene un problema o una queja sobre su plan.
* Usted necesita un servicio, suministro o medicamento y su plan ha dicho que no lo pagará.
* Usted no está de acuerdo con una decisión tomada por su plan sobre su cuidado.
* Usted cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.
* Usted tiene un problema o una queja sobre sus servicios y respaldos a largo plazo, que incluyen Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS) y servicios en un centro de enfermería (NF).

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

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

Usted debería recibir el cuidado de salud, los medicamentos y los servicios y respaldos a largo plazo que su médico y otros proveedores consideren necesarios como parte de su plan de cuidado. **Si está teniendo un problema con su cuidado, puede llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077 para recibir ayuda.** Este capítulo explica las diferentes opciones que usted tiene para atender distintos problemas y quejas. Sin embargo, siempre que lo necesite, usted puede llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect y solicitar orientación mientras se resuelve su problema. Para obtener recursos adicionales para atender sus inquietudes y las maneras de contactarlos, consulte el Capítulo 2 [plans should insert reference, as appropriate]para obtener 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 contenidos

[A. Qué hacer si tiene un problema 4](#_Toc77083451)

[A1. Acerca de los términos legales 4](#_Toc77083452)

[B. Dónde llamar para pedir ayuda 4](#_Toc77083453)

[B1. Dónde obtener más información y ayuda 4](#_Toc77083454)

[C. Problemas con sus beneficios 6](#_Toc77083455)

[C1. Usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja 6](#_Toc77083456)

[D. Decisiones de cobertura y apelaciones 6](#_Toc77083457)

[D1. Resumen de decisiones de cobertura y apelaciones 6](#_Toc77083458)

[D2. Obtener ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones 7](#_Toc77083459)

[D3. Usar la sección de este capítulo que puede ayudarle 8](#_Toc77083460)

[E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D) 9](#_Toc77083461)

[E1. Cuándo usar esta sección 9](#_Toc77083462)

[E2. Pedir una decisión de cobertura 11](#_Toc77083463)

[E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D) 13](#_Toc77083464)

[E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D) 16](#_Toc77083465)

[E5. Problemas de pagos 23](#_Toc77083466)

[F. Medicamentos de la Parte D 24](#_Toc77083467)

[F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D 24](#_Toc77083468)

[F2. Qué es una excepción 26](#_Toc77083469)

[F3. Qué cosas importantes debe saber cuando pide una excepción 28](#_Toc77083470)

[F4. Cómo pedir una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción 28](#_Toc77083471)

[F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D 32](#_Toc77083472)

[F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D 34](#_Toc77083473)

[G. Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital 35](#_Toc77083474)

[G1. Aprender sus derechos de Medicare 36](#_Toc77083475)

[G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital 36](#_Toc77083476)

[G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital 39](#_Toc77083477)

[G4. Qué sucederá si pierde la fecha límite para apelar 40](#_Toc77083478)

[H. Qué hacer si cree que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto 42](#_Toc77083479)

[H1. Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura 43](#_Toc77083480)

[H2. Apelación de Nivel 1 para continuar su cuidado 43](#_Toc77083481)

[H3. Apelación de Nivel 2 para continuar su cuidado 46](#_Toc77083482)

[H4. Qué sucede si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1 47](#_Toc77083483)

[I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 49](#_Toc77083484)

[I1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare 49](#_Toc77083485)

[I2. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medi-Cal 49](#_Toc77083486)

[J. Cómo presentar una queja 50](#_Toc77083487)

[J1. Qué tipos de problemas deberían causar una queja 50](#_Toc77083488)

[J2. Quejas internas 51](#_Toc77083489)

[J3. Quejas externas 52](#_Toc77083490)

# Qué hacer si tiene un problema

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

## A1. Acerca de los términos legales

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

Por ejemplo, decimos:

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

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

# Dónde llamar para pedir ayuda

## B1. Dónde obtener más información y ayuda

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

### Puede obtener ayuda del Programa Ombuds de Cal MediConnect

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

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

También puede llamar al Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP). Los consejeros del HICAP podrán responder a sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer para solucionar su problema. El HICAP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Cuenta con consejeros capacitados en cada condado y sus servicios son gratuitos. El número de teléfono de HICAP es 1-800-434-0222.

### Cómo obtener ayuda de Medicare

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

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

### Puede obtener ayuda del Departamento 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 de salud o uno de sus proveedores.

El Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California es responsable de regular los planes de servicios de cuidado de salud. Si usted tiene un reclamo contra su plan de salud, primero debe llamar al plan de salud al [**insert health plan's telephone number**] y usar el proceso de reclamos de su plan de salud, antes de comunicarse con el departamento. Utilizar este proceso de reclamos no prohíbe el ejercicio de los posibles derechos legales o recursos que puedan estar disponibles para usted. Si necesita ayuda con un reclamo sobre una emergencia, un reclamo que su plan de salud no resolvió de manera satisfactoria o un reclamo que no se resolvió en el plazo de 30 días, puede llamar al departamento para obtener asistencia. También es posible que cumpla los requisitos para una revisión médica independiente (IMR). Si cumple los requisitos para una IMR, este proceso proveerá una revisión imparcial de las decisiones médicas que haya tomado un plan de salud en cuanto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación y conflictos sobre el pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para las personas con dificultades auditivas o del habla. En el sitio web del departamento, [**www.dmhc.ca.gov**](http://www.dmhc.ca.gov), encontrará formularios para la presentación 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.]

# Problemas con sus beneficios

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

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

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

# Decisiones de cobertura y apelaciones

## D1. Resumen de decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones se ocupa de problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con los pagos. Usted no es responsable por los costos de Medicare excepto por los copagos de la Parte D.

### ¿Qué es una decisión de cobertura?

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

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

### ¿Qué es una apelación?

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

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

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

Usted podrá pedirle ayuda a cualquiera de las siguientes personas:

* Llame a **Servicios al miembro** al <phone number>.
* Llame al **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.

* Llame al **Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP)** para obtener ayuda gratuita. HICAP es una organización independiente. No está conectada con este plan. El número de teléfono es 1-800-434-0222.
* Llame al **Centro de ayuda del Departamento 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 problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas que son sordas o tienen dificultades auditivas o del habla pueden usar el número gratuito de TDD, 1-877-688-9891.
* Hable con **su médico o con otro proveedor**. Su médico u otro proveedor podrán pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación en su nombre y actuar como su representante.
* Hable con un **amigo o miembro de su familia** y pídale que actúe en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su “representante” para pedir una decisión de cobertura o para apelar.
* Si usted desea que un amigo, un pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios al miembro y pida el formulario “Nombramiento de un representante”. También podrá obtener este formulario entrando en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf) [plans may also insert: o en nuestro sitio web en <web address **or** link to form>]. Este formulario autoriza a la persona a actuar en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
* **Usted también tiene derecho a pedirle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su propio abogado o conseguir el nombre de un abogado de la asociación local de abogados u otro servicio de referidos. Algunos grupos legales le darán servicios legales gratuitos si usted cumple con los requisitos. Si quiere que un abogado le represente, deberá rellenar el formulario de Nombramiento de un representante. Puede solicitar un abogado a la Health Consumer Alliance llamando al 1-888-804-3536.
* Sin embargo, **usted no tiene que tener un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión de cobertura ni para apelar.

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

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

* **La Sección E en la página <xx>** le da información si tiene problemas sobre los servicios, artículos y medicamentos (pero **no** medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
* No está recibiendo un servicio que usted quiere y cree que nuestro plan lo cubre.
* No aprobamos algún servicio, artículo o medicamento que su médico quiere darle y usted cree que este cuidado debería ser cubierto.
* **NOTA:** Use la Sección E 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. Consulte la Sección F en la página <xx> para presentar apelaciones por los medicamentos de la Parte D.
* Usted recibió cuidado médico o servicios que cree que deberían estar cubiertos, pero nosotros no hemos pagado por este cuidado.
* Usted recibió y pagó por servicios médicos o artículos que creía que estaban cubiertos y quiere pedirnos que le devolvamos lo que pagó.
* Le dijeron que la cobertura del cuidado que ha estado recibiendo será reducida o interrumpida y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
* **NOTA:** Si la cobertura que será suspendida es por cuidados en un hospital, en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), usted deberá leer una sección aparte de este capítulo, ya que para esos tipos de servicios corresponden reglas especiales. Consulte las Secciones G y H en las páginas <xx> y <xx>.
* **La Sección F en la página <xx>** le ofrece información sobre medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
* Quiere pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.
* Quiere pedirnos que cancelemos los límites en la cantidad del medicamento que usted puede recibir.
* Quiere pedirnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
* No aprobamos su petición o excepción y usted o su médico u otro profesional autorizado creen que deberíamos haberlo aprobado.
* Quiere pedirnos que paguemos por un medicamento de receta que ya compró. (Esto quiere decir, pedirnos una decisión de cobertura de un pago.)
* **La Sección G en la página <xx>** le da información sobre cómo pedirnos que cubramos una estadía más larga en un hospital como paciente hospitalizado si usted cree que su médico le está dando de alta demasiado pronto. Use esta sección si:
* Usted está en el hospital y cree que su doctor ha pedido que usted reciba el alta del hospital demasiado pronto.
* **La Sección H en la página <xx>** le da información si usted cree que su cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) 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.

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

## E1. Cuándo usar esta sección

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

Esta sección le 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 servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) que necesita, pero no lo está recibiendo.

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

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

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

1. 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. Consulte la Sección E3 en la página <xx> para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

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

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

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

## E2. Pedir una decisión de cobertura

### Cómo pedir una decisión de cobertura para obtener servicios médicos, servicios de salud del comportamiento o ciertos servicios y respaldos a largo plazo (CBAS o servicios NF)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Pedir una decisión de cobertura rápida:

* Puede llamarnos o enviarnos un fax para pedirnos que cubramos el cuidado que desea.
* Puede llamarnos al <phone number> o enviarnos 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 de cobertura rápida:

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

1. Usted podrá obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si está pidiendo cobertura por algún cuidado o artículo que aún no ha recibido.** (Usted no podrá solicitar una decisión de 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 de cobertura rápida **solamente si el tiempo estándar de 14 días calendario (o el límite de 72 horas para los medicamentos de receta de la Parte B de Medicare) podría causar daños serios a su salud o afectar su habilidad para desempeñarse.**

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

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

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

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

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

### ¿Qué es una apelación?

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

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

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.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov). Consulte más información en la página <xx>. Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, 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 o 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 de cobertura para comprobar si es correcta. El revisor no será la persona que tomó la decisión de cobertura original. Cuando terminemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Sí.** Puede pedirnos 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 petición de cobertura de cuidados médicos. Luego comprobaremos que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que **No** a su petición. El revisor no será la persona que tomó la decisión original.

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

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

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

* Si no le damos una respuesta a su apelación a más tardar en 30 días calendario (o en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare), 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 saber más sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página <xx>.

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

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

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

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

* Si no respondemos 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 saber más sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página <xx>.

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

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

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

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

* A partir de 10 días desde la fecha del envío postal del aviso de acción; **o**
* En la fecha de efectividad de la acción que se va a tomar.

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

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

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

Si nuestra respuesta es **No** a una parte o a toda la Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta 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 o solicitando una Revisión médica independiente o (2) Una Audiencia ante el estado.

**(1) Una Revisión médica independiente**

Usted puede presentar una queja o solicitar una Revisión médica independiente (IMR) del Centro de Ayuda del Departamento de Cuidados de Salud Administrados (DMHC) de California. 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. Si la decisión de la IMR es a su favor, debemos darle el servicio o artículo que solicitó. Usted no paga por 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 grave.
* 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. Consulte 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 del DMHC una IMR.

Si su tratamiento se negó porque fue experimental o de investigación, no tiene que participar en 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 6 meses o que usted no haya recibido información adecuada de nuestra parte sobre el proceso de IMR.

Para pedir una IMR:

* Llene la solicitud de Revisión médica independiente/Formulario de Quejas disponible en: [www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx) o llame al Centro de ayuda del al 1-888-466-2219. Los usuarios de TDD 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 [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx) o llame al Centro de ayuda del Departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TDD 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 una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta dentro de 7 días calendario notificándole que califica para una IMR. Después de que el plan haya recibido su solicitud y documentos necesarios, la decisión de la IMR se tomará dentro de 30 días calendario. Usted deberá recibir la decisión de la IMR dentro de 45 días calendario luego de haber presentado la solicitud completa.

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

Una IMR puede llevar más tiempo si el DMHC no recibe todos los registros médicos necesarios de usted o de su médico. Si está acudiendo a un médico que no pertenece a la red de su plan de salud, es importante que consiga y nos envíe sus registros médicos de ese médico. Es necesario que su plan de salud obtenga copias de sus registros médicos de los médicos de la red.

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

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

Puede solicitar una Audiencia ante el estado con respecto a los servicios y artículos 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 ante el estado.

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 modificado o suspendido, **usted tendrá menos días para presentar su solicitud** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras que la Audiencia ante el estado esté en proceso. Lea “¿Mis beneficios continuarán durante las Apelaciones de Nivel 2?” en la página <xx> para obtener más información.

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 ante el 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 con cuidado la decisión de Nivel 1 y decidirá si debe ser cambiada.

* Usted no necesitará solicitar la Apelación de Nivel 2. Enviaremos automáticamente sus rechazos (de todo o parte) a la IRE. Nosotros le avisaremos cuando esto ocurra.
* La IRE está contratada por Medicare y no está conectada con el plan de salud.
* Usted puede pedir una copia de su expediente llamando a Servicios al miembro al <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 de receta de la Parte B de Medicare). Esta regla se aplica si usted envió su apelación antes de obtener servicios médicos.

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

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

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

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

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

Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Medi-Cal y solicita una Audiencia ante el estado, sus beneficios para ese servicio o artículo de Medi-Cal continuarán hasta que se tome una decisión en la audiencia. Usted debe solicitar una audiencia **antes de las siguientes fechas**, para que sus beneficios continúen:

* 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 efectividad de la acción que se va a tomar.

Si cumple con esta fecha límite, usted podrá seguir recibiendo el servicio o artículo 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. Consulte la página <xx> para obtener más información sobre cómo pedir una Audiencia ante el estado.

Si su Apelación de Nivel 2 se dirigió 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 medidas descritas dentro de 30 días calendario de la fecha en que recibimos una copia de la decisión.
* 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 posible que terminemos toda ayuda pagada pendiente que usted está recibiendo.

Si su Apelación de Nivel 2 se dirigió a 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 por los cuidados médicos a más tardar en 72 horas o proporcionarle el servicio o artículo dentro de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si usted tuvo una apelación rápida, debemos aprobarle la cobertura por los cuidados médicos o darle el servicio o artículo dentro de las 72 horas desde la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
* Si la IRE responde que **Sí** a una parte o a toda su petición en su apelación estándar para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionarle el medicamento de receta de la Parte B de Medicare en un plazo de 72 horas de haber recibido la decisión de la IRE. Si tiene una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de receta de la Parte B de Medicare dentro de las 24 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
* Si la IRE responde que **No** a una parte o a todo lo que usted pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

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

Si su Apelación de Nivel 2 se dirigió una Revisión médica independiente, usted puede pedir una Audiencia ante el estado. Consulte la página <xx> para obtener más información sobre cómo pedir una Audiencia ante el estado.

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

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

## E5. Problemas de pagos

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

Si recibe 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.** Contactaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.

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

### ¿Puedo pedirles que me devuelvan lo que pagué por [insert if plan has cost sharing: su parte de] un servicios 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 pagarla. Pero si la paga, usted podrá recibir un reembolso si siguió las reglas para recibir los servicios y artículos.

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

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

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

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

* Si hace una apelación para un rembolso, debemos responderle a más tardar 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 generalmente están cubiertos por Medicare, enviaremos su caso automáticamente a la Entidad de revisión independiente (IRE). Le notificaremos por carta si esto pasa.

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

Si respondemos que **No** a su apelación y el servicio o artículo generalmente está cubierto por Medi-Cal, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2 por sí mismo (consulte la Sección E4 en la página <xx>). [Plans should edit as needed and/or provide additional instructions on the process for Level 2 payment appeals.]

# Medicamentos de la Parte D

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

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

La Lista de medicamentos incluye algunos medicamentos que tienen un símbolo [plans should insert symbol used in the Drug List to indicate 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 E en la página <xx>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## F2. Qué es una excepción

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

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

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

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

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

1. Quitar una restricción en nuestra cobertura. Hay reglas o restricciones adicionales que corresponden a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el 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 de 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 de que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento que usted está pidiendo. (Esto se llama a veces “terapia escalonada”).
* [Omit if plan does not use quantity limits] Tener límites de cantidad. Limitamos la cantidad que usted puede tener de algunos medicamentos.
* [Plans with no cost sharing, delete this bullet.] Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y quitar una restricción para usted, todavía puede pedir una excepción a la cantidad de copago que le pedimos que pague por el medicamento.

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

## F3. Qué cosas importantes debe saber cuando pide una excepción

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

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

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

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

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

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

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

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

### Qué hacer

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

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

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

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

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

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

Usted podrá obtener una decisión de cobertura rápida solo si, 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 de cobertura rápida” tomaremos una decisión de cobertura rápida y se lo comunicaremos mediante carta.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Fechas límite para una “apelación rápida”

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

### Fechas límite para una “apelación estándar”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## G1. Aprender sus derechos de Medicare

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

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

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

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

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

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

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

Si quiere que cubramos sus servicios de hospital por un tiempo más largo como paciente hospitalizado, usted deberá presentar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de Calidad revisará la Apelación de Nivel 1 para averiguar si la fecha de su salida es médicamente adecuada. En California, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama <state-specific QIO name>.

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

| En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital  Llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado al <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 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 del hospital después de la fecha programada para su salida.
* **Si pierde la fecha límite** para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede apelar directamente ante nuestro plan. Para conocer los detalles, consulte la Sección G4 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 Calidad no ve su petición 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 al Departamento de Cuidados de Salud Administrados (DMHC) de California. Consulte la Sección E4 en la página <xx> para ver cómo presentar una queja y pedir al DMHC una Revisión médica independiente.

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

* **Si necesita ayuda, pídala.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al miembro al <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 Calidad?

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

### Pida una “revisión rápida”

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

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

### ¿Qué pasará durante la revisión rápida?

* Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha programada para su salida. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere puede hacerlo.
* Los revisores examinarán su expediente médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.
* Usted recibirá una carta con la fecha de su salida, al medio día del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación. En la carta se le explicarán los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto que 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), que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También podrá consultar una muestra del aviso por internet en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices). |

### ¿Y si la respuesta es Sí?

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

### ¿Y si la respuesta es No?

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

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

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

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

En California, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama <state-specific QIO name>. Usted puede 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 para el Mejoramiento de Calidad de su estado al <phone number> y pida otra revisión. |
| --- |

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

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

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

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

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

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

Posiblemente usted también puede presentar una queja o pedir una Revisión médica independiente al DMHC para continuar su estadía en el hospital. Consulte la Sección E4 en la página <xx> para ver cómo presentar una queja y pedir al DMHC una Revisión médica independiente.

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

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

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

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

| En resumen:Cómo presentar una Apelación alterna de Nivel 1  Llame a Servicios al miembro 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. Comprobamos que la decisión sobre cuándo debería salir del hospital fue justa y que cumple con todas las reglas.
* Usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar para darle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le informaremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de solicitar la “revisión rápida”.
* **Si respondemos Sí a su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo con que usted debe seguir en el hospital después de la fecha de salida. Seguiremos cubriendo los servicios del hospital mientras sigan siendo médicamente necesarios.
* También significa que estamos de acuerdo con devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
* **Si respondemos No a su revisión rápida**, estamos diciendo que la fecha de su salida era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios en el hospital como paciente hospitalizado terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.
* Si permaneció en el hospital después de su fecha de alta programada, **es posible que tenga que pagar el costo total** del cuidado de hospital que recibió después de la fecha de alta programada.
* Enviaremos su apelación a la Entidad de revisión independiente para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando dijimos **No** a su apelación rápida. Esto significa que su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

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

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

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

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

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

Posiblemente usted también puede presentar una queja y pedir una Revisión médica independiente al DMHC para continuar su estadía en el hospital. Consulte la Sección E4 en la página <xx> para ver cómo presentar una queja y pedir al DMHC una Revisión médica independiente. Usted puede pedir una Revisión médica independiente además o en lugar de una Apelación de Nivel 3.

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

Esta sección trata solo los siguientes tipos de cuidado:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección J en la página <xx> se explica cómo presentar una queja.)
* **Si necesita ayuda, pídala.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al miembro al <phone number>. O llame al Programa de asistencia del seguro de salud 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 para el Mejoramiento de Calidad de su estado al <phone number> y pida una “apelación de vía rápida”.  Haga la llamada antes de salir de la agencia o centro que esté proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada para su salida. |
| --- |

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización para el Mejoramiento de Calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que hayamos tomado. En California, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama <state-specific QIO name>. Usted puede llamar a <state-specific QIO name> al: <phone number>.La información sobre cómo apelar ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad se encuentra también en la “Notificación de no cobertura de Medicare” (el aviso que recibió cuando le dijimos que dejaríamos de cubrir sus cuidados).

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

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

### ¿Qué debe pedirles?

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

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

* Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad a más tardar al mediodía del día siguiente de haber recibido un aviso por escrito de cuándo dejaremos de cubrir su cuidado.
* Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede presentarnos la apelación directamente a nosotros. Para conocer los detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección H4 en la página <xx>.
* Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad no verá su petición de continuar la cobertura de sus servicios de cuidado de salud, o si usted cree que su situación es urgente, supone una amenaza grave e inmediata para su salud, o si sufre usted fuertes dolores, posiblemente también puede presentar una queja y pedir una Revisión médica independiente al Departamento de Cuidados de Salud Administrados (DMHC) de California. Consulte la Sección E4 en la página <xx> para ver cómo presentar una queja y pedir al 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 al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O consulte una copia por Internet en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices). |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En California, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama <state-specific QIO name>. Usted puede llamar a <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 Calidad respondió **No** a su Apelación de Nivel 1. Podrá pedir esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

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

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

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

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

* Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en la Apelación de Nivel 1 y que no la cambiarán.
* En la carta que reciba, se le dirá qué hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. 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 al DMHC una Revisión médica independiente para continuar su cobertura de servicios de cuidado de salud. Consulte la Sección E4 en la página <xx> para ver cómo pedir al DMHC una Revisión médica independiente. Usted puede presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión médica independiente además o en lugar de una Apelación de Nivel 3.

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

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

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

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

* Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre sus cuidados de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o los cuidados que recibe en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF). Comprobamos que la decisión sobre cuándo deberán terminar sus servicios fue justa y que 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 significa que estamos de acuerdo con devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
* **Si respondemos No** a su revisión rápida, estamos diciendo que terminar sus servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

También puede presentar una queja y solicitar una Revisión médica independiente al DMHC para continuar la cobertura de sus servicios de cuidado de salud. Consulte la Sección E4 en la página <xx> para ver cómo pedir al 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.

# Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

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

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

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

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

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

## I2. 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 ante el estado y quiere que otro juez la revise, puede pedir una nueva audiencia 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 enviarse en un plazo de 30 días después de recibir la decisión. Esta fecha límite puede extenderse hasta 180 días si tiene algún motivo justificado para un retraso.

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 la sección 1094.5 del Código de Procedimiento 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.

# Cómo presentar una queja

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

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

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

### Quejas sobre la calidad

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

### Quejas sobre la privacidad

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

### Quejas sobre el mal servicio al cliente

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

### Quejas sobre la accesibilidad

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

### Quejas sobre los tiempos de espera

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

### Quejas sobre la limpieza

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

### Quejas sobre el acceso lingüístico

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

### Quejas sobre las comunicaciones que recibe de nosotros

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

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

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

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

### ¿Hay diferentes tipos de quejas?

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

## J2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios al miembro al <phone number>. Puede presentar una queja en cualquier momento a no ser que sea sobre medicamentos de la Parte D. Si la queja se relaciona con un medicamento de la Parte D, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** posteriores al problema del que se quiere quejar.

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

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

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

* Respondemos la mayoría de las quejas en 30 días calendario. Si 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 petición sobre una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, lo trataremos automáticamente como una “queja rápida” y responderemos a su queja en 24 horas.
* Si presenta una queja porque tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura, lo trataremos automáticamente como una “queja rápida” y responderemos a su queja en 24 horas.
* **Si no estamos de acuerdo** con parte o con toda su queja, **le diremos** nuestros motivos. Le responderemos estemos o no de acuerdo con la queja.

## J3. Quejas externas

### Usted puede presentar su queja a Medicare

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

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

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

### Usted puede presentar su queja a Medi-Cal

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

El número de teléfono del Programa Ombuds de Cal MediConnect es el 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 (DMHC) de California es responsable de regular los planes de salud. Usted puede llamar el Centro de ayuda del DMHC si tiene quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Usted puede comunicarse con el DMHC si necesita ayuda con una queja sobre un asunto urgente o que represente una amenaza grave e inmediata para 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 que son sordas o tienen dificultades auditivas o del habla pueden usar el número gratuito de TDD, 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.
* Visite el sitio web del Departamento de Cuidados de Salud Administrados ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)).

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

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

Usted puede contactar con la Oficina 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 Cal MediConnect. El número de teléfono es 1-855-501-3077.

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

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

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

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

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