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

[Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "see 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.]

¿Qué hay en este capítulo?

Este capítulo tiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

* Usted tiene un problema o una queja sobre su plan o el cuidado que usted recibe.
* Usted necesita un servicio o medicamento que su plan dijo que no lo pagará.
* Usted no está de acuerdo con una decisión que tomó su plan sobre su cuidado, incluyendo una reducción de los servicios.
* Le parece que su plan debería proporcionar o preparar un servicio más rápido.
* Le parece que se le pidió que saliera del hospital demasiado pronto.

**Si usted tiene un problema o una inquietud, sólo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación.** Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente la información sobre lo que tiene que hacer para resolver su problema o inquietud.

Si usted tiene algún problema con sus servicios

Usted debe recibir los servicios médicos, servicios de salud del comportamiento, medicamentos y servicios y respaldos a largo plazo que sean necesarios para su cuidado como parte de su Plan de cuidados personales individualizado. **Si está teniendo un problema con su cuidado, puede llamar al Ombudsman de One Care al 1-855-781-9898 (o usando MassRelay en 711 para llamar al 1-855-781-9898).** Este capítulo explica las opciones que tiene para problemas y quejas diferentes. Pero también puede llamar al Ombudsman de One Care para que le ayude con su problema. Para recursos adicionales para atender sus inquietudes y las maneras de contactarlos, lea el Capítulo 2 [*plan should insert reference, as appropriate*] para más información sobre el Ombudsman de One Care.

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

Tabla de Contenido

[Sección 1: Introducción 5](#_Toc519247672)

[ Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema 5](#_Toc519247673)

[ Sección 1.2: ¿Cuáles son los términos legales? 5](#_Toc519247674)

[Sección 2: Dónde pedir ayuda 6](#_Toc519247675)

[ Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda 6](#_Toc519247676)

[Sección 3: Cuáles son las secciones de este capítulo que le ayudarán con su problema 8](#_Toc519247677)

[ Sección 3.1: ¿Usted debería usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿le gustaría presentar una queja? 8](#_Toc519247678)

[Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones 9](#_Toc519247679)

[ Sección 4.1: Resumen 9](#_Toc519247680)

[ Sección 4.2: Cómo obtener ayuda 9](#_Toc519247681)

[ Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo le ayudará? 11](#_Toc519247682)

[Sección 5: Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D) 13](#_Toc519247683)

[ Sección 5.1: Cuándo usar esta sección 13](#_Toc519247684)

[ Sección 5.2: Como pedir una decisión de cobertura 14](#_Toc519247685)

[ Sección 5.3: Apelación de nivel 1 por servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D) 16](#_Toc519247686)

[ Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D) 21](#_Toc519247687)

[ Sección 5.5: Problemas de pago 24](#_Toc519247688)

[Sección 6: Medicamentos de la Parte D 27](#_Toc519247689)

[ Sección 6.1: Qué tiene que 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 27](#_Toc519247690)

[ Sección 6.2: ¿Qué es una excepción? 29](#_Toc519247691)

[ Sección 6.3: Cosas importantes que hay que saber sobre cómo pedir una excepción 30](#_Toc519247692)

[ Sección 6.4: Cómo pedir una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción 31](#_Toc519247693)

[ Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para los medicamentos de la Parte D 34](#_Toc519247694)

[ Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para los medicamentos de la Parte D 37](#_Toc519247695)

[Sección 7: Cómo pedirnos cubrir una estadía en el hospital más larga 39](#_Toc519247696)

[ Sección 7.1: Sus derechos de Medicare si le internan en un hospital 39](#_Toc519247697)

[ Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital 40](#_Toc519247698)

[ Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital 42](#_Toc519247699)

[ Sección 7.4: ¿Qué sucederá si dejo pasar la fecha límite de Apelación? 43](#_Toc519247700)

[Sección 8: Qué hacer si le parece que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, cuidado de institución de enfermería especializada o servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) terminan demasiado pronto 46](#_Toc519247701)

[ Sección 8.1: Le avisaremos por anticipado cuando termine su cobertura 46](#_Toc519247702)

[ Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar su cuidado 47](#_Toc519247703)

[ Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar su cuidado 49](#_Toc519247704)

[ Sección 8.4: ¿Y si deja pasar la fecha límite para hacer su Apelación de nivel 1? 50](#_Toc519247706)

[Sección 9: Cómo llevar su Apelación más allá del Nivel 2 53](#_Toc519247707)

[ Sección 9.1: Los pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare 53](#_Toc519247708)

[ Sección 9.2: Los pasos siguientes para los servicios y artículos de MassHealth 53](#_Toc519247709)

[Sección 10: Cómo presentar una queja 54](#_Toc519247710)

[ Sección 10.1: Quejas internas 56](#_Toc519247711)

[ Sección 10.2: Quejas externas 56](#_Toc519247712)

[ Sección 10.3: Quejas sobre la equidad de salud mental 58](#_Toc519247713)

# 

# Sección 1: Introducción

## Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema

Este capítulo dice qué hacer si tiene un problema con <plan name> o con sus servicios. Medicare y MassHealth aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que deben seguirse. Éste es un resumen de sus derechos.

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

Hay términos legales para algunas de las reglas y fechas límite en este capítulo. Algunos de esos términos pueden ser difíciles de entender y por eso usamos palabras más sencillas en lugar de algunos términos legales. Usamos la menor cantidad de abreviaciones y siglas posible.

Por ejemplo, decimos:

* “Presentar una queja” en lugar de “interponer una reclamación”
* “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios,” “determinación de riesgo,” o “determinación de cobertura”
* “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”.

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

# Sección 2: Dónde pedir ayuda

## Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda

Es posible que le parezca confuso comenzar o seguir el proceso para solucionar un problema. Esto puede ser especialmente difícil si no se siente bien o se siente cansado. Otras veces, es posible que no sepa cómo dar el paso siguiente.

### Puede obtener ayuda de My ombudsman

My ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle, si tiene alguna pregunta, inquietud o problemas relativos a One Care. Usted puede comunicarse con My ombudsman para obtener información o ayuda para resolver cualquier problema con su plan One Care. Los servicios de My ombudsman son gratuitos. Puede encontrar información sobre My ombudsman en el Capítulo 2 [*plans should insert reference, as appropriate*]. El personal de My ombudsman:

* Puede responder a sus preguntas o enviarle al lugar correcto para encontrar lo que usted necesite.
* Puede ayudarle a resolver un problema o inquietud sobre One Care o su plan de One Care, <plan name>. My ombudsman le escuchará, investigará el problema y discutirá con usted las opciones para ayudarle a resolver el problema.
* Ayuda con apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedir a su plan de One Care, MassHealth o Medicare, que revisen una decisión sobre sus servicios. My ombudsman puede hablar con usted sobre cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso de apelación.

Usted puede llamar, enviar un correo electrónico, escribir o visitar a My ombudsman en su oficina.

Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. Las personas sordas o con problemas para oír o hablar deben marcar el 711 de MassRelay para llamar.

* Envíe correo electrónico a [help@onecareombuds.org](mailto:help@onecareombuds.org)
* Escriba a la oficina de My ombudsman o visítela en 11 Dartmouth Street, Suite 301, Malden, MA 02148
  + Visite con cita, o
  + Durante horas sin cita:
    - Lunes: 1:00 p.m. - 4:00 p.m.
    - Jueves: 9:00 a.m. - 12:00 p.m.
* Vaya a la página de My Ombudsman en Internet en [www.myombudsman.org](http://www.myombudsman.org)

### Puede obtener ayuda del Programa de asistencia de seguro de salud del estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

También puede llamar a su Programa de asistencia de seguro de salud del estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). En Massachusetts, SHIP se llama SHINE (Servimos las necesidades de seguro de salud para todos, Serving the Health Insurance Needs of Everyone). Los consejeros de SHINE pueden responder a sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer para resolver su problema. SHINE no está relacionado con nosotros, ni con ninguna compañía de seguros, ni con un plan de salud. SHINE tiene consejeros capacitados en Massachusetts y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del programa SHINE es 1-800-243-4636. TTY (para personas sordas, con problemas para oír o hablar): 1-800-439-2370 (sólo en Massachusetts).

### Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar directamente a Medicare para pedir ayuda con sus problemas. Hay dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

* Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. TTY (para las personas sordas, con problemas para oír o hablar): 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
* Vaya al sitio web de Medicare en <http://www.medicare.gov>.

### Obteniendo ayuda de MassHealth

Puede llamar directamente a Servicios al cliente de MassHealth para pedir ayuda con sus problemas. Llame al 1-800-841-2900. TTY (para las personas sordas, con problemas para oír o hablar): 1-800-497-4648.

# Sección 3: Cuáles son las secciones de este capítulo que le ayudarán con su problema

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

**Si usted tiene un problema o una inquietud, sólo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación.** La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo que debe leer según su problema o queja.

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Su problema está relacionado con sus beneficios o cobertura?  (Esto incluye problemas sobre si nuestro plan cubre y paga específicos cuidados médicos, cuidados de salud del comportamiento, servicios y respaldos a largo plazo o medicamentos de receta.) | |
| Sí.  Mi problema tiene que ver con los beneficios o la cobertura.  Vaya a la **Sección 4**: **“Decisiones de cobertura y apelaciones”,** **en la página <xx>**. | No.  Mi problema no tiene que ver con los beneficios o la cobertura.  Salte a la **Sección 10**: **“Cómo presentar una queja”,** **en la página <xx>**. |

# Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones

## Sección 4.1: Resumen

Cuando pide información sobre decisiones de cobertura y cómo presentar apelaciones, eso significa que está tratando con problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. Esto también incluye los problemas con el pago.

### ¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los servicios, artículos y medicamentos que cubriremos para usted. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura favorable para usted cada vez que le da cuidados médicos o le da una preautorización para ir con un especialista médico.

Si usted o su médico no están seguros si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por nuestro plan, cualquiera de ustedes puede pedir una decisión de cobertura antes de que el médico dé el servicio, artículo o medicamento. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio, artículo o medicamento antes de que usted lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

### ¿Qué es una Apelación?

Una Apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión de cobertura. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted quiere no está cubierto o no es médicamente necesario para usted. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar esta decisión. Si quiere, su proveedor puede presentar una Apelación por usted.

## Sección 4.2: Cómo obtener ayuda

### ¿A quién puedo llamar si necesito ayuda para pedir decisiones de cobertura o apelar?

Puede pedir ayuda de diferentes maneras.

* Llame a **Servicios al miembro** al <phone number>.
* Llame, envie un correo electrónico, escriba o visite al **My ombudsman**.
  + Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. Las personas sordas o con problemas para oír o hablar deben marcar el 711 de MassRelay para llamar.
  + Envíe correo electrónico a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).
  + Visite la página de My ombudsman en Internet en [www.myombudsman.org](file:///\\co-adshare\share\Share\OA\OSP\FCHCO\!Financial%20Alignment%20and%20State%20Demos\Marketing\Final%20Marketing%20Materials\State%20Materials\Massachusetts%20Materials\CY%202019\Draft%20Materials\5.%20Final%20Review\www.myombudsman.org).
  + Escriba a la oficina de My ombudsman en 11 Dartmouth Street, Suite 301, Malden, MA 02148.
  + Visite la oficina de My ombudsman con cita o durante las horas sin citas. Las horas sin citas son
    - Lunes de 1:00 p.m. a 4:00 p.m. y
    - Jueves de 9:00 a.m. a 12:00 p.m.
* Llame al **Proagam de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)** para obtener ayuda gratuita. En Massachusetts, SHIP se llama SHINE. SHINE es una organización independiente. No está relacionada con este plan. El número de teléfono del programa SHINE es 1-800-243-4636. TTY (para personas sordas, con problemas para oír o hablar): 1-800-439-2370(sólo en Massachusetts).
* Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden pedir una decisión de cobertura o apelación en su nombre y actuar como su representante.
* Hable con un **amigo o miembro de su familia** y pídale que actúe por usted. Puede nombrar a otra persona para que actúe por usted, como su representante, para pedir una decisión de cobertura o apelar.
  + Si quiere que un amigo, pariente, u otra persona además de su proveedor sea su representante, llame a Servicios al miembro y pida el formulario “Nombramiento de un representante”. También puede obtener el formulario en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> [plans may also insert: o en nuestro sitio web en <web address **or** link to form>].
  + El formulario da a la persona permiso para actuar por usted. Usted debe darnos una copia del formulario firmado. Su representante designado tendrá los mismos derechos que usted para pedir una decisión de cobertura o apelar. Usted no necesita este formulario para que su médico u otro proveedor de cuidado de salud actúen como sus representantes.
* **También tiene derecho a pedir a un abogado** que actúe por usted. Puede llamar a su propio abogado o puede obtener el nombre de un abogado de la asociación de abogados local u otro servicio de recomendación. Nuestro plan no pagará para que usted tenga un abogado. Algunos grupos legales le darán servicios legales gratuitos si usted es elegible. Si quiere que un abogado le represente, deberá llenar el formulario de Nombramiento de un representante.
  + Sin embargo, **usted no tiene que tener un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión de cobertura ni para Apelar.

## Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo le ayudará?

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

* **La Sección 5, en la página <xx>,** le da información si tiene problemas sobre los servicios, artículos y algunos medicamentos (**no** medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
  + No está recibiendo un servicio, artículo o medicamento que usted quiere y usted cree que nuestro plan lo cubre.
  + No aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico quiere darle y usted cree que este cuidado debería cubrirse y es médicamente necesario.
    - **NOTA:** Use la Sección 5 sólo si estos medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* que tienen un símbolo [plans should insert symbol used in the List of Covered Drugs to indicate Medicaid covered drugs] **no** están cubiertos por la Parte D. Use la Sección 5, en la página <xx>, para apelaciones para los medicamentos de la Parte D.
  + Usted recibió y pagó por servicios, artículos o medicamentos que usted creía que estaban cubiertos y quiere pedirnos que le devolvamos el pago.
    - **NOTA:** Lea el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre las reglas a seguir para que nuestro plan pague su cuidado de salud.
  + Le avisamos que la cobertura del cuidado que ha estado recibiendo se reducirá o se interrumpirá y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
    - **NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es por cuidado en hospital, cuidado de salud en el hogar, cuidado en una institución de enfermería especializada o servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), usted debe leer una sección por separado de este capítulo, porque se aplican reglas especiales para esos tipos de servicios. Lea las Secciones 7 y 8, en las páginas <xx> y <xx>.
* **La Sección 6, en la página <xx>,** le da 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 cubiertos* del plan (Lista de medicamentos).
  + Quiere pedirnos que cancelemos los límites de cantidad de medicamento que usted puede obtener.
  + Quiere pedirnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
  + No aprobamos su pedido o excepción y usted o su médico u otro proveedor creen que deberíamos haberlo aprobado.
  + Quiere pedirnos que paguemos un medicamento de receta que ya compró. (Esto es pedir una decisión de cobertura sobre un pago.)
* **La Sección 7, en la página <xx>,** le da información sobre cómo pedirnos que cubramos una estadía más larga como paciente interno de hospital. Use esta sección si está en el hospital y cree que el médico le pidió que saliera del hospital demasiado pronto.
* **La Sección 8, en la página <xx>,** le da información si cree que su cuidado de salud en el hogar, cuidado en una institución de enfermería especializada o servicios en una Institución de Rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) terminarán demasiado pronto.

Si no está seguro de cuál sección deberá usar, llame a Servicios al miembro al <phone number>.

Si necesita otra ayuda o información, por favor llame a My ombudsman al 1-855-781-9898 (MassRelay: 711 para llamar) o por correo electrónico a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

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

## Sección 5.1: Cuándo usar esta sección

Esta sección es sobre lo que hay que hacer si tiene problemas con sus beneficios por sus cuidados médicos, cuidado de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS). También puede usar esta sección para problemas con medicamentos que **no** estén cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* que tienen un símbolo [plans should insert symbol used in the List of Covered Drugs to indicate Medicaid covered drugs] **no** están cubiertos por la Parte D. Lea en la Sección 6 Apelaciones de medicamentos de la Parte D.

Esta sección le dice qué puede hacer si:

### Le parece que cubrimos un servicio médico, de salud del comportamiento o LTSS que usted necesita pero no está recibiendo.

Lo qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la Sección 5.2, en la página <xx>, para leer la información sobre cómo pedir una decisión de cobertura.

### No aprobamos el cuidado que su médico o proveedor quieren darle y que usted cree que deberíamos darle. O, redujimos o suspendimos su cobertura para cierto servicio y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Lo qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Vaya a la Sección 5.3, en la página <xx>, para obtener información sobre cómo apelar.

NOTA: Se aplicarán reglas especiales si la cobertura que se va a interrumpir es para cuidado en hospital, cuidado de salud en el hogar, cuidado en una institución de enfermería especializada o servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). Lea las Secciones 7 y 8, en las páginas <xx> y <xx>, para saber más.

### 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.

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

## Sección 5.2: Como pedir una decisión de cobertura

[Plans should revise the language below as needed to reflect how and to whom the member should request a coverage decision, including whether the member should work with the Care Coordinator, a provider on the Care Team, or the plan directly.]

Para pedir una decisión de cobertura, llame, escriba o envíenos un fax o pida a su representante o a su médico que nos pidan una decisión.

* También puede llamarnos al: <phone numbe>. Por TTY: <phone number>
* Puede enviarnos un fax al: <phone number>
* Puede escribirnos a: <insert address>

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

Generalmente toma hasta 14 días calendario después de pedirla. Si no le damos nuestra decisión a más tardar en 14 días calendario, puede apelar. A veces necesitamos 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.

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

**Sí.** Si por su salud necesita una respuesta más rápida, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos el pedido, le avisaremos de nuestra decisión a más tardar en 72 horas.

Sin embargo, a veces necesitamos más tiempo y si eso ocurre, le enviaremos una carta para decirle que tardaremos hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo.

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

**Cómo pedir una decisión de cobertura rápida:**

* Para comenzar, llame o envíe un fax a nuestro plan para pedir que cubra el cuidado que quiere.
* Puede llamarnos al <phone number> o envíenos un fax al <fax number>. Para conocer los detalles para comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, página [plans may insert reference, as applicable].
* También puede pedir a su proveedor o representante que nos llame.

### ¿Cuáles son las reglas para pedir una decisión de cobertura rápida?

Puede obtener una decisión de cobertura rápida sólo si usted cumple los dos requisitos siguientes:

1. **Está pidiendo algún cuidado que todavía no haya recibido**. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si es sobre un cuidado que ya recibió.)
2. **La fecha límite normal de 14 días calendario podría causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad para funcionar.**

* Si su proveedor dice que necesita una decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente.
* Si nos pide una decisión de cobertura rápida sin el apoyo de su proveedor, decidiremos si usted obtiene una decisión de cobertura rápida.
  + Si decidimos no darle una decisión de cobertura rápida, usaremos la fecha límite estándar de 14 días calendario. También le enviaremos una carta.
  + Esta carta le dirá que si su proveedor nos pide la decisión de cobertura rápida, se la daremos 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 quejas, incluyendo quejas rápidas, lea la Sección 10, en la página <xx>.)

### ¿Cómo voy a saber la respuesta del plan sobre mi decisión de cobertura?

El plan le enviará una carta que le dirá si aprobamos o no la cobertura.

### Si la decisión de cobertura es Sí ¿cuándo podré obtener el servicio o artículo?

Se le autorizará para obtener el servicio o artículo a más tardar en 14 días calendario (para una decisión de cobertura estándar) o 72 horas (para una decisión de cobertura rápida) a partir del momento de su pedido. Si alargamos el tiempo necesario para tomar nuestra Wdecisión de cobertura, autorizaremos la cobertura al final de ese período más largo.

### ¿Y si la decisión de cobertura es No?

Si la respuesta es **No**, la carta que le enviemos le dará nuestros motivos por los cuales dijimos que **No**.

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

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

### ¿Qué es una Apelación?

Una Apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión de cobertura o cualquier medida adversa que hayamos tomado. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. En todos los casos, usted debe comenzar su Apelación de nivel 1 con nuestro plan.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, usted puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (MassRelay: 711 para llamar). My Ombudsman no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con el plan de salud.

### ¿Qué es una acción adversa?

Una Acción adversa es una acción o falta de acción de nuestro plan que usted puede apelar. Esto incluye:

* Rechazamos o aprobamos un servicio o artículo limitado que pidió su médico;
* Redujimos, suspendimos o terminamos la cobertura que ya habíamos aprobado;
* No pagamos un servicio o artículo que usted considera que está cubierto por nuestro plan;
* No resolvimos su pedido de autorización dentro de los plazos requeridos;
* Usted no pudo obtener un servicio o artículo cubierto de un proveedor de la red de nuestro plan en un plazo razonable; o
* No actuamos dentro de los plazos para examinar una decisión de cobertura y darle una decisión.

### ¿Qué es una Apelación de nivel 1?

En resumen:Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

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

* Solicite **dentro de 60 días** **calendario** después de la decisión que está apelando. Si se pasa de la fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
* Si usted apela porque le dijimos que un servicio que usted recibe actualmente será cambiado o suspendido, **usted tiene menos días para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras que la Apelación esté en proceso.
* Siga leyendo esta sección para saber qué fechas límite se aplican a su apelación.

Una Apelación de nivel 1 es la primera apelación ante nuestro plan. Revisaremos nuestra decisión de cobertura para ver si es correcta. La persona que hará la revisión no será la misma persona que tomó la decisión de cobertura original.

Puede pedirnos una “Apelación estándar” o una “Apelación rápida”. Cuando terminemos la revisión, le daremos nuestra decisión por escrito.

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

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

* Para comenzar su Apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. También puede llamarnos al <phone number>. Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros para una Apelación, lea el Capítulo 2, página [plans may insert reference, as applicable].
* Si usted nos pide una Apelación estándar o una Apelación rápida, puede apelar por escrito o llámenos.
  + Puede enviar un pedido a la siguiente dirección: <insert address>
  + O puede llamar a Servicios al miembro al <phone number>.

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

### ¿Alguien más puede presentar la Apelación de nivel 1 por mí?

**Sí.** Su proveedor puede solicitar la Apelación en su nombre. Si quiere que alguien más aparte de su proveedor apele por usted, debe llenar primero un formulario de Nombramiento de un representante. El formulario da a la otra persona permiso para actuar por usted.

Para obtener un formulario de Nombramiento de un representante, llame a Servicios al miembro y pídalo o visite el sitio web de Medicare en <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 o su proveedor, debemos recibir el formulario completo de Nombramiento de un representante antes de poder revisar su pedido.

### ¿Cuánto tiempo tengo para hacer una Apelación de nivel 1?

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

Posiblemente podamos darle más tiempo para apelar, si usted deja pasar esta fecha límite por un motivo justificado. 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.

**NOTA:** Si usted apela porque le dijimos que un servicio que usted recibe actualmente será cambiado o suspendido, **usted tiene menos días para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras que la Apelación esté en proceso. Lea más información en "¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones de nivel 1?" en la página <xx>.

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

**Sí**. Usted puede, en cualquier momento, pedir ver el expediente médico y otros documentos que usamos para tomar nuestra decisión. Usted puede pedir, sin costo para usted, una copia de las normas que usamos para tomar nuestra decisión. Pídanos esta información llamando a Servicios al miembro al <phone number>.

### ¿Mi proveedor puede darles más información para apoyar mi Apelación de nivel 1?

**Sí**. Tanto usted como su proveedor pueden darnos más información para apoyar su Apelación.

### ¿Cómo tomaremos la decisión de la Apelación de nivel 1?

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

Si necesitamos más información, es posible que la pidamos a usted o su proveedor.

### ¿Cuándo y cómo me enteraré sobre una decisión de Apelación estándar de nivel 1?

Debemos darle nuestra respuesta a más tardar 30 días calendario después de recibir su Apelación. Esta regla se aplica si envió su Apelación antes de obtener servicios o artículos. Le daremos nuestra decisión más pronto si su enfermedad nos lo exige.

* Sin embargo, si nos pide más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomar días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta explicando por qué necesitamos más tiempo.
* Si usted piensa que no debemos tomar días adicionales podrá presentar una “queja rápida” relacionada con nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo las quejas rápidas, lea la Sección 10 en la página <xx>.
* Si no le damos una respuesta a su Apelación a más tardar en 30 días calendario o al final de los días adicionales (si los tomamos), su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, si es que Medicare o Medicare y MassHealth normalmente cubren el servicio o artículo. Le avisaremos si pasa esto. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth, usted mismo puede presentar una Apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4, en la página <xx>.

Le enviaremos una carta para darle nuestra respuesta sobre su Apelación.

**Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o dar esa cobertura.

**Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si Medicare o Medicare y MassHealth pagan tradicionalmente el servicio o artículo, la carta que le enviamos le dirá que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una Apelación de nivel 2. Si MassHealth paga tradicionalmente el servicio o artículo, la carta le dirá también que puede pedir una Apelación de nivel 2 ante el Consejo de audiencias de MassHealth. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4, en la página <xx>.

### ¿Cuándo y cómo me enteraré sobre la decisión de Apelación rápida de nivel 1?

Si usted obtiene una Apelación rápida, le daremos su respuesta a más tardar 72 horas después de recibir su Apelación. Le daremos nuestra respuesta en menos de 72 horas si su enfermedad nos exige hacerlo.

* Sin embargo, si nos pide más tiempo, o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta explicando por qué necesitamos más tiempo.
* Si usted piensa que no debemos tomar días adicionales podrá presentar una “queja rápida” relacionada con nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo las quejas rápidas, lea la Sección 10 en la página <xx>.
* Si no le damos una respuesta a su Apelación en 72 horas o al final los días adicionales (si los tomamos), su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones **si es** que Medicare o Medicare y MassHealth normalmente cubren el servicio o artículo. Le avisaremos si pasa esto. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth, usted mismo puede presentar una Apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4, en la página <xx>.

Le enviaremos una carta para darle nuestra respuesta sobre su Apelación.

**Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o dar esa cobertura.

**Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si Medicare o Medicare y MassHealth pagan tradicionalmente el servicio o artículo, la carta que le enviamos le dirá que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una Apelación de nivel 2. Si MassHealth paga tradicionalmente el servicio o artículo, la carta le dirá también que puede pedir una Apelación de nivel 2 al Consejo de audiencias de MassHealth. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo las quejas rápidas, lea la Sección 10 en la página <xx>.

### ¿Mis beneficios continuarán durante una Apelación de nivel 1?

Si está apelando para obtener un nuevo servicio de nuestro plan, no obtendrá ese servicio a menos que su Apelación esté terminada y nuestra decisión sea que el servicio está cubierto.

Si está apelando porque decidimos cambiar o suspender un servicio que fue aprobado anteriormente, usted tiene derecho a seguir recibiendo ese servicio de nuestro plan durante su Apelación. Le enviaremos un aviso antes de cambiar o suspender un servicio. Si no está de acuerdo con la medida descrita en el aviso, usted podrá presentar una Apelación de nivel 1 y pedir que continuemos sus beneficios para ese servicio. Usted deberá hacer el pedido en la fecha de abajo o antes, de lo que sea más tarde de lo siguiente para continuar sus beneficios:

* A más tardar 10 días desde la fecha del envío postal de nuestro aviso de la medida; **o**
* En la fecha de inicio de la medida.

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

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

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

Le enviaremos una carta si decimos que **No** a todo o parte de su Apelación en el Nivel 1. Esta carta le dirá si su Apelación es por un servicio o artículo cubierto por Medicare, Medicare y MassHealth o simplemente MassHealth. Esta carta le dirá cómo hacer una Apelación de nivel 2 y describirá el proceso de Apelaciones de nivel 2.

### ¿Qué es una Apelación de nivel 2?

Una Apelación de nivel 2 es la segunda Apelación, que hace una organización independiente que no está relacionada con el plan. La organización de Apelación de nivel 2 de Medicare se llama Entidad de revisión independiente (IRE). La organización de Apelación de nivel 2 de MassHealth se llama Consejo de audiencias de MassHealth.

Usted tiene derechos de Apelación ante Medicare y MassHealth. Medicare y MassHealth cubren los servicios y artículos que usted puede obtener con nuestro plan. Otros servicios están cubiertos sólo por MassHealth.

* Cuando un servicio o artículo esté cubierto sólo por Medicare, usted recibirá automáticamenteuna Apelación de nivel 2 de Medicare de IRE si la respuesta a su Apelación de nivel 1 fue **No**.
* Cuando un servicio o artículo esté cubierto sólo por MassHealth, entonces usted deberá pedir una Apelación de nivel 2 al Consejo de audiencias de MassHealth, si la respuesta a su Apelación de nivel 1 fue **No** y quiere apelar otra vez.
* Cuando un servicio esté cubierto por Medicare y MassHealth al mismo tiempo, usted recibirá automáticamente una Apelación de nivel 2 de Medicare de IRE, si la respuesta a su Apelación de nivel 1 fue **No**. También puede pedir unaApelación de nivel 2 al Consejo de audiencias de MassHealth.

Hay algunas reglas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos seguir para asegurarnos de que las Apelaciones de nivel 2 sean justas y no tomen demasiado tiempo.

### ¿Cuáles son las reglas para pedir una Apelación de nivel 2 al Consejo de audiencias de MassHealth?

Usted debe pedir una Apelación de nivel 2 al Consejo de audiencias de MassHealth a más tardar 120 días calendario después de la fecha de nuestra carta en la que le informamos nuestra decisión con respecto a la Apelación de nivel 1. La carta le dirá también cómo pedir una Apelación de nivel 2 al Consejo de audiencias:

* El Consejo de audiencias de MassHealth no está relacionado con <plan name>.
* Puede pedir una copia de su expediente.

Para pedir una Apelación de nivel 2 al Consejo de audiencias, usted debe llenar un formulario de pedido de audiencia imparcial. Puede obtener el formulario:

* Por internet: <https://www.mass.gov/files/documents/2016/07/rq/fair-hearing.pdf>
* Llamando a Servicios al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, TTY 1-800-497-4648 (para personas sordas o con dificultades para oír o hablar).

El Consejo de audiencias debe dar una respuesta a su Apelación de nivel 2 a más tardar 30 días calendario después de que recibe su Apelación. Si el Consejo de audiencias necesita reunir más información que pueda ayudarle a usted, podrá tomar hasta 14 días calendario más.

Si usted tuvo una “Apelación rápida” en el Nivel 1, tendrá automáticamente una Apelación rápida en el Nivel 2. El Consejo de audiencias debe darle una respuesta a más tardar 72 horas después de recibir su Apelación. Si el Consejo de audiencias necesita reunir más información, podrá tomar hasta 14 días calendario más.

### ¿Cuáles son las reglas para obtener una Apelación de la Entidad de revisión independiente de Medicare?

Si decimos que **No** a todo o parte de su Apelación en el Nivel 1 y Medicare o Medicare y MassHealth al mismo tiempo cubren el servicio o artículo tradicionalmente, usted obtendrá automáticamente una Apelación de la Entidad de revisión independiente (IRE). La IRE hará una revisión cuidadosa de la decisión de Nivel 1 y decidirá si debería cambiarse.

* Enviaremos automáticamente cualquier rechazo (completo o en parte) a IRE. Le avisaremos si pasa esto. No tiene que solicitar la Apelación de nivel 2 para los servicios y artículos cubiertos por Medicare.
* IRE fue contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
* Usted puede pedir una copia de su expediente llamando a Servicios al cliente al <phone number>.

IRE debe dar una respuesta a su Apelación de nivel 2 a más tardar 30 días calendario después de que recibe su Apelación. Esta regla se aplica si envió su Apelación antes de obtener servicios médicos o artículos.

* Si IRE necesita reunir más información que pueda ayudarle a usted, puede tomar hasta 14 días calendario más. Si IRE decide tomar días adicionales para tomar una decisión, le avisarán por carta.

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.

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

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

Si su problema es sobre un servicio o artículo **cubierto por MassHealth o por Medicare y MassHealth**, sus beneficios para recibir ese servicio o artículo continuarán durante el proceso de Apelación del Nivel 2, si:

* Usted está apelando porque decidimos reducir o interrumpir un servicio que usted ya estaba recibiendo, y
* Usted pidió una Apelación de nivel 2 al Consejo de audiencias de MassHealth.

Para obtener un servicio mientras está apelando, usted debe:

* Pedir que el Consejo de audiencias de MassHealth que revise su Apelación a más tardar 10 días después de recibir nuestra carta sobre nuestra decisión de la Apelación de nivel 1.
* Decir al Consejo de audiencias de MassHealth que usted quiere que nuestro plan le siga dando el servicio mientras está apelando.

Si usted sigue recibiendo servicios durante el proceso de Apelación del Consejo de audiencias y la decisión no es a su favor, es posible que tenga que pagar el costo de esos servicios.

Si no pide que el Consejo de audiencias de MassHealth revise su Apelación, usted no recibirá el servicio durante su Apelación.

Si está apelando para obtener un nuevo servicio, no recibirá ese servicio mientras esté apelando, aunque pida una Apelación al Consejo de audiencias de MassHealth.

### ¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si su Apelación de nivel 2 pasó al Consejo de audiencias de MassHealth, el Consejo de audiencias le enviará una carta para explicarle su decisión.

* Si el Consejo de audiencias dice que **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar el servicio o artículo para usted a más tardar en 72 horas.
* Si el Consejo de audiencias dice que **No** a una parte o a todo lo que pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Apelación de nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión. También se llama rechazar su Apelación.

Si su Apelación pasó a la Entidad de revisión independiente (IRE), ellos le enviarán una carta que le explique su decisión.

* Si IRE dice que **Sí** a una parte o a todo lo que pidió en su Apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de cuidados médicos a más tardar en 72 horas o darle el servicio o artículo a más tardar en 14 días calendario después de la fecha en que recibamos la decisión de IRE. Si usted tuvo una Apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de cuidados médicos o darle el servicio o artículo a más tardar a más tardar en 72 horas después de la fecha en que recibamos la decisión de IRE.
* Si IRE dice que **No** a una parte o a todo lo que pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión. También se llama rechazar su Apelación.

### ¿Y si apelé ante el Consejo de audiencias y la Entidad de revisión independiente y los dos toman decisiones diferentes?

Si el Consejo de audiencias o la Entidad de revisión independiente deciden que **Sí** para todo o parte de lo que pidió, le daremos el servicio o artículo aprobados que son más cercanos a lo que pidió en su Apelación.

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

* Si su Apelación de nivel 2 pasó al Consejo de audiencias de MassHealth, usted podrá presentar una Apelación más avanzada ante el Tribunal supremo de la Mancomunidad de Massachusetts.
* Si su Apelación de nivel 2 pasó a la Entidad de revisión independiente (IRE), usted podrá presentar otra apelación, sólo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere llega a cierta cantidad mínima. La carta que usted reciba de IRE le explicará otros derechos de apelación adicionales que usted puede tener.
* Si su Apelación de nivel 2 pasó al Consejo de audiencias de MassHealth y la IRE, entonces estarán a su disposición las dos opciones adicionales de apelación.

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

## Sección 5.5: Problemas de pago

Con One Care, hay reglas para obtener los servicios y artículos. Una de las reglas es que el servicio o artículo debe estar cubierto por nuestro plan. Otra regla es que usted debe obtener el servicio o artículo de uno de los proveedores de nuestra red. Vaya al Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] para leer todas las reglas. Si sigue todas las reglas, entonces pagaremos por sus servicios y artículos.

Si no está seguro de que paguemos por un servicio o artículo que quiere recibir o por un proveedor al que usted quiera ver, **pregunte a su** [insert: **Coordinador de cuidados** or other appropriate individual] **antes de obtener el servicio**. Su [insert: Coordinador de cuidados **or** other appropriate individual] le dirá si el plan pagará o si tiene que pedirnos una decisión de cobertura.

Si decide obtener un servicio o artículo que tal vez no esté cubierto por nuestro plan o si recibe un servicio o artículo de un proveedor que no trabaje con nuestro plan, entonces no pagaremos automáticamente por elservicioo artículo**.** En ese caso, es posible que usted tenga que pagar por el servicio o artículo. Si eso ocurre y quiere pedirnos que le devolvamos lo que pagó, comience por leer el Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos [plans with cost sharing, insert: nuestra parte de] una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.” El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que tenga que pedir que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió de un proveedor. También le dice cómo enviarnos los papeles para pedirnos el pago.

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

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

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

### ¿Puedo pedirles que me devuelvan [mi pago por or insert if plan has cost sharing: su parte del] servicio o artículo que pagué?

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

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

* Si el servicio o artículo que usted pagó están cubiertos y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por [insert if plan has cost sharing: nuestra parte del costo del] servicio o artículo, a más tardar 60 días calendario después de recibir su pedido.
  + O, si usted no ha pagado por el servicio o artículo todavía, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que Sí a su pedido 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 explicaremos por qué.

### ¿Y si decimos que no pagaremos?

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

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

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

* Si IRE no está en 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 IRE dice que **No** a su Apelación, eso significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido. (Esto se llama confirmar la decisión. También se llama rechazar su Apelación.) La carta que reciba explicará los derechos de apelación adicionales que usted tenga. Usted podrá apelar de nuevo sólo si el valor en dólares del servicio o artículo alcanzan cierta cantidad mínima. Lea en la Sección 9, en la página <xx>, más información sobre los niveles de Apelación adicionales.

Si nuestra respuesta es **No** a su Apelación y el servicio o artículo está cubierto por MassHealth, usted no puede apelar ante el Consejo de audiencias de MassHealth en relación con Apelaciones sobre pago.

# Sección 6: Medicamentos de la Parte D

## Sección 6.1: Qué tiene que 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 para muchos medicamentos de receta. Casi todos esos son medicamentos de la Parte D. Hay unos cuantos medicamentos que Medicare Parte D no cubre pero que podría cubrir MassHealth. **Esta sección se aplica sólo a las Apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

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

### ¿Puedo pedir una decisión de cobertura o 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 cubiertos (Lista de medicamentos) del plan, o
  + Pedirnos que cancelemos una restricción a la cobertura del plan por un medicamento (como límites a la cantidad de medicamento que usted 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 un medicamento de receta que ya compró. Esto es pedir una decisión de cobertura sobre un pago.

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

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

Use la tabla siguiente para decidir qué sección tiene información para 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 restricción para un medicamento que cubrimos?  **Puede pedirnos que hagamos una excepción.** (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)  Comience con la **Sección 6.2**, en la página <xx>. Lea también las Secciones 6.3 y 6.4, en las páginas <xx> y <xx>. | ¿Quiere que cubramos un medicamento que está en nuestra Lista de medicamentos y cree que usted cumple las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación por anticipado) para el medicamento que necesita?  **Puede pedirnos una decisión de cobertura.**  Salte a la **Sección 6.4**, en la página <xx>. | ¿Quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento que ya recibió y pagó?  **Puede pedirnos que le devolvamos el pago.** (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)  Salte a la **Sección 6.4**, en la página <xx>. | ¿Ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere que se cubra o pague?  **Puede apelar.** (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos.)  Salte a la **Sección 6.5**, en la página <xx>o. |

## Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?

Una excepción es un permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está 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 cubiertos* o no está cubierto de la manera que usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una excepción.

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

Estos son ejemplos de excepciones que pueden pedirnos usted o su médico u otro proveedor.

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

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

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

* Las reglas adicionales y las restricciones a la 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.) Debemos proporcionar los criterios de necesidad médica para obtener aprobación del plan para un medicamento si usted, su proveedor o MassHealth nos los piden.
  + [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 tratamiento progresivo.)
  + [Omit if plan does not use quantity limits.] Tener límites de cantidad. Limitamos la cantidad que usted puede tener de algunos medicamentos.
* [Plans with no cost sharing, delete this bullet.] Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y quitar una restricción para usted, todavía puede pedir una excepción a la cantidad de copago que le pedimos que pague por el medicamento.

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

## Sección 6.3: Cosas importantes que hay que saber sobre cómo pedir una excepción

### Su médico u otro proveedor deben decirnos los motivos médicos

Su médico u otro proveedor deben darnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico u otro proveedor cuando pide la excepción.

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

### Diremos que Sí o No a su pedido de una excepción

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

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

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

### Qué hacer

En resumen:Cómo pedir una decisión de cobertura sobre un medicamento o pago

Llame por teléfono, escriba o envíenos un fax o pida a su representante o médico u otro proveedor que pregunten. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar a más tardar en 72 horas. Le daremos una respuesta en 14 días calendario sobre el reembolso de su dinero por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó.

* Si está pidiendo una excepción, incluya la declaración de apoyo de su médico u otro proveedor.
* Usted o su médico u otro proveedor pueden pedir una decisión rápida. (Las decisiones rápidas normalmente llegan a más tardar en 24 horas.)
* ¡Lea esta sección para asegurarse de que usted sea elegible para una decisión rápida! También lea este capítulo para encontrar información sobre las fechas límite de las decisiones.
* Pida el tipo de decisión de cobertura que quiere. Haga su pedido por teléfono, por correo o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro proveedor) pueden hacerlo. Puede llamarnos al <phone number>.
* Usted o su médico (u otro proveedor) o alguien más que esté actuando en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede tener un abogado que actúe a su nombre.
* Lea la Sección 4, en la página <xx>, para saber cómo dar permiso a otra persona para actuar como su representante.
* Usted no necesita dar a su médico u otro proveedor permiso por escrito para pedirnos una decisión de cobertura a 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. El Capítulo 7 describe los momentos en los que posiblemente tenga que pedir que le devolvamos su dinero. También le dice cómo enviarnos los papeles para pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento que usted pagó.
* Si está pidiendo una excepción, envíenos la “declaración de apoyo”. Su médico u otro proveedor deben darnos los motivos médicos para la excepción del medicamento. Llamamos a esto la declaración de apoyo.
* Su médico u otro proveedor pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro proveedor también pueden decirnos por teléfono y después enviar una declaración por fax o por correo.

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

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

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

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

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **sólo si está pidiendo un medicamento que no ha recibido**. (Usted no puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo que le devolvamos el pago por un medicamento que ya compró.)

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **sólo si usar las fechas límite estándar podría causar daños graves a su salud o dañar su capacidad para funcionar**.

Si su médico u otro proveedor le dicen que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida” estaremos de acuerdo en darle una decisión de cobertura rápida y la carta se lo dirá.

* Si usted pide una decisión de cobertura rápida usted solo (sin el apoyo de su médico u otro proveedor), decidiremos si usted obtiene una decisión de cobertura rápida.
* Si decidimos que su enfermedad no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos las fechas límite estándar en lugar de las rápidas.
  + Le enviaremos una carta. La carta 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 a más tardar en 24 horas. Lea más información sobre el proceso de quejas, incluyendo quejas rápidas, en la Sección 10 en la página <xx>.

### Fechas límite para una "decisión de cobertura rápida"

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

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

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

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

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

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

* Para comenzar su Apelación, usted, su médico u otro proveedor o su representante deben comunicarse con nosotros.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o proveedor o su representante pueden hacer su solicitud por escrito y enviárnosla por correo o fax. También puede pedir una Apelación nos al <phone number>.

* Pregunte **a más tardar 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si usted deja pasar esta fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
* Usted, su médico o profesional autorizado o su representante pueden llamarnos para solicitar una Apelación rápida.
* ¡Lea esta sección para asegurarse de ser elegible para una decisión rápida! También lea esta sección para encontrar información sobre las fechas límite de las decisiones.
* Si nos escribe para una Apelación estándar, puede apelar al enviar un pedido por escrito. **También puede llamarnos al** <phone number> **para pedir una Apelación.**
* Si quiere una Apelación rápida, puede apelar por escrito o puede llamarnos por teléfono.
* Haga su pedido de Apelación **a más tardar 60 días calendario** después de la fecha del aviso que le enviamos con nuestra decisión. Si usted deja pasar esta fecha límite por un motivo justificado, posiblemente podamos darle más tiempo para apelar. Estos son ejemplos de un motivo justificado: usted tuvo una enfermedad grave; o no le dimos información correcta sobre la fecha límite para solicitar una Apelación.

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

* Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su Apelación. Llame a Servicios al miembro al <phone number> para pedir una copia.

Si quiere, usted y su médico u otro proveedor pueden darnos información adicional para apoyar su Apelación.

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

* Si está apelando una decisión tomada por nuestro plan sobre un medicamento que usted no haya recibido, usted y su médico u otro proveedor 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” en la Sección 6.4, en la página <xx>.

El término legal para “Apelación rápida” es “redeterminación acelerada”.

### Nuestro plan revisará su Apelación y le dará nuestra decisión

* Analizaremos con cuidado toda la información sobre su pedido de cobertura. Revisaremos que hayamos seguido todas las reglas cuando dijimos que **No** a su pedido. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro proveedor para obtener más información. El revisor no será la misma persona que tomó la decisión sobre cobertura inicial.

### Fechas límites para una “Apelación rápida”

* Si estamos usando las fechas límites rápidas, le daremos nuestra respuesta a más tardar 72 horas después de recibir su Apelación o antes si su salud lo exige.
* Si no le damos una respuesta a más tardar en esas 72 horas, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de Apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su Apelación.
* **Si nuestra respuesta es que Si** a una parte o a todo lo que pidió, debemos darle la cobertura a más tardar 72 horas después de recibir su Apelación.
* **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta que explique por qué dijimos que **No**.

### Fechas límites para una “Apelación estándar”

* Si estamos usando las fechas límites estándares, debemos darle nuestra respuesta a más tardar 7 días calendario después de recibir su Apelación o antes si su salud lo exige, excepto si está pidiendo que le devolvamos el pago por un medicamento que ya compró. Si está pidiendo que le devolvamos el pago 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 si nos solicitó un reembolso para un medicamento que ya compró, le enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de Apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su Apelación.
* **Si nuestra respuesta es que Si** a una parte o a todo lo que pidió:
  + Si aprobamos su pedido de cobertura, debemos darle la cobertura tan rápido como su salud lo requiere, pero no más de 7 días calendario, después de recibir su Apelación, 14 días si nos solicitó un reembolso para 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 que No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta que explique por qué dijimos que **No** y le explique cómo apelar nuestra decisión.

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

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

* Si quiere que IRE revise su caso, su pedido de Apelación debe ser por escrito. La carta que le enviaremos sobre nuestra decisión en la Apelación de nivel 1, explicará cómo solicitar la Apelación de nivel 2.

En resumen: Cómo hacer una Apelación de nivel 2

Si quiere que la Entidad de revisión independiente (IRE) revise su caso, su pedido de Apelación debe ser por escrito.

* Pregunte **a más tardar 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si usted deja pasar esta fecha límite por un buen motivo, todavía puede apelar.
* Usted, su médico u otro proveedor o su representante pueden solicitar la Apelación de nivel 2.
* ¡Lea este capítulo para asegurarse de ser elegible para una decisión rápida! También lea este capítulo para encontrar información sobre las fechas límites de decisiones.
* Cuando apele a IRE, enviaremos su expediente a IRE. Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente, llamando a Servicios al miembro al <phone number>.
* Usted tiene derecho a dar a IRE otra información para apoyar su Apelación.
* IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia del gobierno.
* Los revisores de IRE analizarán con cuidado toda la información relacionada con su Apelación. La organización le enviará una carta que explique su decisión.

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

### Fechas límites para "Apelación rápida" en el Nivel 2

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

### Fechas límites para una "Apelación estándar" en el Nivel 2

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

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

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

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

# Sección 7: Cómo pedirnos cubrir una estadía en el hospital más larga

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

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico, su Coordinador de cuidados y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararle para el día en que salga del hospital. También le ayudarán a preparar el cuidado que usted pueda necesitar después de salir.

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

Si cree que le están pidiendo que salga del hospital demasiado pronto, puede pedir una estadía en el hospital más larga. Esta sección le dice cómo pedirla.

## Sección 7.1: Sus derechos de Medicare si le internan en un hospital

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

Lea este aviso con cuidado y pregunte si no entiende. El Mensaje importante le dice sobre sus derechos como paciente del 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 a dónde informar de las inquietudes que tenga sobre la calidad de su cuidado en el hospital.
* Apelar si le parece que le dieron de alta del hospital demasiado pronto.

Usted debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos. Su firma en el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que podría haberle dicho su médico o el personal del hospital.

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

* Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios al miembro al <phone number>. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (las personas sordas, con dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
* También puede ver el aviso por internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.
* Si necesita ayuda, llame a Servicios al miembro o a Medicare a los números anotados arriba.

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

Si quiere que cubramos sus servicios de hospital como paciente interno, debe pedir una Apelación. Una Organización de mejora de la calidad hará la revisión de la Apelación de nivel 1 para ver si su fecha de alta programada es médicamente adecuada para usted. En Massachusetts, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama <state-specific QIO name>.

Para apelar para cambiar su fecha de alta, llame a la <state-specific QIO name> al: <toll-free number>.

### ¡Llame inmediatamente!

Llame a la Organización de mejora de la calidad **antes** de salir del hospital y no lo haga después de su fecha de alta programada. Mensaje importante de medicare acerca de sus derechos Contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización de mejora de la calidad.

* **Si llama antes de salir**, se le permite quedarse en el hospital después de su fecha de alta programada sin pagar por eso mientras usted recibe la decisión sobre su Apelación que tomará la Organización de mejora de la calidad.

En resumen: Cómo hacer una Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización de mejora de calidad de su estado al [insert phone number] y pida una revisión rápida.

Llame antes de salir del hospital y antes de su fecha de alta programada.

* **Si usted no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta programada, es posible que tenga que pagar todos los costos por cuidado de hospital que reciba después de su fecha de alta programada.
* **Si deja pasar la fecha límite** para comunicarse con la Organización de mejora de la calidad sobre su Apelación, puede apelar directamente ante nuestro plan. Para conocer los detalles, lea la Sección 7.4, en la página <xx>.

Queremos asegurarnos de que usted entienda lo que tiene que hacer y cuáles son las fechas límites.

* Pida **ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al miembro al <phone number>. También puede llamar al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), que se llama SHINE en Massachusetts. El número de teléfono del programa SHINE es 1-800-243-4636. TTY (para personas sordas, con problemas para oír o hablar): 1-800-439-2370 (sólo en Massachusetts).También puede obtener ayuda del Ombudsman de One Care, llamando al 1-855-781-9898 (MassRelay: 711 para llamar) o por correo electrónico a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

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

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

### Pida una "revisión rápida"

Debe pedir a la Organización de mejora de la calidad una **"revisión rápida"** de su alta. 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 pasa durante la revisión rápida?

* Los revisores de la Organización de mejora de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta programada. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
* 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 su fecha de alta programada, al mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su Apelación. La carta explicará los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto que se le dé de alta en esa fecha.

El término legal para esta explicación por escrito se llama “Aviso detallado de alta”. Puede obtener una muestra si llama a Servicios al miembro al <toll-free number>. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1‑877‑486‑2048. O usted puede ver una muestra del aviso por internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

.

### ¿Y si la respuesta es Sí?

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

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

Si la Organización de mejora de la calidad rechazó su Apelación, y usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada, entonces podrá hacer una Apelación de nivel 2. Tendrá que comunicarse con la Organización de mejora de la calidad otra vez y pedir otra revisión.

Pida la revisión de Nivel 2 **a más tardar en 60 días calendario** después del día en que la Organización de mejora de la calidad dijo que **No** a su Apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión sólo si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

En Massachusetts, la Organización de mejora de la calidad se llama <state-specific QIO name>. Puede comunicarse con <State-specific QIO name> al **<toll-free number>**.

* Los revisores de la Organización de mejora de la calidad verán otra vez con cuidado toda la información relacionada con su Apelación.

En resumen: Cómo hacer una Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización de mejora de calidad de su estado al <phone number> y pida otra revisión.

* Los revisores de la Organización de mejora de la calidad tomarán una decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido de una segunda revisión.

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

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

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

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

Si la Organización de mejora de la calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía en el hospital después de su fecha de alta programada.

## Sección 7.4: ¿Qué sucederá si dejo pasar la fecha límite de Apelación?

Si deja pasar una fecha límite de Apelación, hay otra manera de hacer Apelaciones de nivel 1 y nivel 2, llamada apelaciones alternas.

### Apelación alterna de nivel 1 para cambiar su fecha de alta de hospital

Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización de mejora de calidad, puede apelar ante nosotros y pedir una “revisión rápida”. Una revisión.

* Durante esta revisión, analizaremos toda la rápida es una Apelación que usa las fechas límites rápidas en lugar de las fechas límites estándar información sobre su estadía en el hospital. Revisamos si la decisión sobre cuándo deberá salir del hospital fue justa y si siguió todas las reglas.

En resumen:Cómo hacer una Apelación alterna de nivel 1

Llame a nuestro número de Servicios al miembro y pida una revisión rápida de su fecha de alta de hospital.

Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas.

* Usaremos las fechas límites rápidas en lugar de las fechas límites estándar para darle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le daremos nuestra decisión a más tardar 72 horas después de pedir una revisión rápida.
* **Si decimos que Sí a su revisión rápida,** eso significa que estamos de acuerdo en que usted todavía necesita estar en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos cubriendo los servicios de hospital mientras sigan siendo médicamente necesarios. Eso también significa que estamos de acuerdo en pagarle nuestra parte de los costos de cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
* **Si decimos que No a su revisión rápida,** estamos diciendo que su fecha de alta programada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura para sus servicios de hospital como paciente interno termina el día que dijimos que terminaría la cobertura.
  + Si se quedó en el hospital después de su fecha de alta programada, entonces 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. Cuando lo hagamos, esto significará que su caso está pasando 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 su fecha de alta de hospital

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

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

* IRE hará una revisión rápida de su Apelación. Los revisores normalmente le darán una respuesta a más tardar en 72 horas.
* 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 IRE analizarán con cuidado toda la información relacionada con su Apelación de su alta de hospital.
* Si IRE dice que **Sí** a su Apelación, entonces debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que usted recibió desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar nuestra cobertura del plan de sus servicios de hospital, siempre y cuando sean médicamente necesarios.
* Si la IRE dice que **No** a su Apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta de hospital programada era médicamente adecuada.
* La carta que recibirá de IRE le dirá qué puede hacer si decide seguir con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo entrar en una Apelación de nivel 3, llevada por   
  un juez.

**NOTA:** Usted también puede pedir una Apelación de nivel 2 al Consejo de audiencias de MassHealth. La Sección 5.4, en la página <xx>, le dice cómo apelar ante el Consejo de audiencias.

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

Esta sección es sólo sobre los siguientes tipos de cuidado:

* Servicios de cuidado de salud en el hogar.
* Cuidado de enfermería especializada en una institución de enfermería especializada.
* Cuidado de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente externo en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobada por Medicare. Generalmente, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.
  + Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene derecho a seguir recibiendo servicios cubiertos mientras el médico diga que lo necesita.
  + Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos tipos de cuidado, debemos avisarle antes de que sus servicios terminen. Cuando termine su cobertura para ese cuidado, dejaremos de pagar 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.

## Sección 8.1: Le avisaremos por anticipado cuando termine 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.
* El aviso por escrito también le dirá cómo apelar esta decisión.

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

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

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

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

Antes de comenzar su Apelación, entienda lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límites.

* **Cumpla las fechas límites.** Las fechas límites son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límites que se aplican a cosas que usted debe hacer. También hay fechas límites que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límites, puede presentar una queja. La Sección 10, en la página <xx>, le dice cómo presentar una queja.)
* **Si necesita ayuda, pídala**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, por favor contacte a:
  + Servicios al miembro al <phone number>.
  + El Programa de asistencia de seguro de salud del Estado (State Health Insurance Assistance Program (SHIP), llamado a SHINE en Massachusetts. El número de teléfono del programa SHINE es 1-800-243-4636. TTY (para personas sordas, con problemas para oír o hablar): 1-800-439-2370 (sólo en Massachusetts), o
  + My ombudsman llamando al 1-855-781-9898 (o usando MassRelay en 711 para llamar al 1-855-781-9898) o enviando un correo electrónico a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

Durante una Apelación de nivel 1, la Organización de mejora de la calidad revisará su Apelación y decidirá si cambia la decisión que tomamos. En Massachusetts, la Organización de mejora de la calidad se llama <state-specific QIO name>. Puede comunicarse con <State-specific QIO name> al <toll-free number>. La información sobre cómo apelar ante la Organización de mejora de la calidad se encuentra también en la “Notificación de Medicare de no-cobertura.” Éste es el aviso que recibió cuando se le dijo que dejaríamos de cubrir sus cuidados.

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

Llame a la Organización de mejora de calidad de su estado al <phone number> y pida una "apelación de vía rápida".

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

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

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

### ¿Qué debería pedir?

Pídales una “apelación de vía rápida”. Ésta es una revisión independiente de si es médicamente adecuado que nosotros terminemos la cobertura de sus servicios.

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

* Debe comunicarse con la Organización de mejora de la calidad a más tardar al mediodía del día siguiente de haber recibido un aviso por escrito de cuándo dejaríamos de cubrir su cuidado.
* Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización de mejora de la calidad sobre su Apelación, puede hacer la Apelación directamente ante nosotros. Para conocer detalles sobre esta otra manera de hacer su Apelación, lea la Sección 8.4, en la página <xx>.

El término legal para el aviso por escrito es “Notificación de Medicare de no-cobertura”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios al miembro al <phone number> o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY, las personas sordas, con dificultades para oír o hablar, deben llamar al 1‑877‑486‑2048.) O puede ver una muestra de un aviso por internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>.

### ¿Qué sucederá durante la revisión que haga la Organización de mejora de la calidad?

* Los revisores de la Organización de mejora de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
* Cuando pida una Apelación, el plan deberá escribir una carta a usted y a la Organización de mejora de la calidad que explique 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 darán su decisión.** Usted recibirá una carta que explique la decisión.

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

### ¿Qué sucederá si los revisores dicen que Si?

* Si los revisores dicen que **Sí** a su Apelación, debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

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

* Si los revisores dicen que **No** a su Apelación, entonces su cobertura terminará en la fecha que le dijimos. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
* Si usted decide seguir recibiendo cuidado de salud en el hogar, cuidado en una institución de enfermería especializada o servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) después de la fecha en que termina su cobertura, entonces es posible que usted tenga que pagar el costo total de este cuidado.

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

Si la Organización de mejora de la calidad dijo que **No** a la Apelación **y** usted elige seguir recibiendo cuidado después de que termine su cobertura por el cuidado, puede hacer una Apelación de nivel 2.

Durante la Apelación de nivel 2, la Organización de mejora de la calidad revisará la decisión que tomó en el Nivel 1. Si dicen que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su cuidado de salud en el hogar, cuidado en una institución de enfermería especializada o servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) después de la fecha en que le dijimos que terminaría su cobertura.

En Massachusetts, la Organización de mejora de la calidad se llama <state-specific QIO name>. Puede comunicarse con <State-specific QIO name> al <toll-free number>. Pida la revisión de Nivel 2 **a más tardar 60 días calendario** después del día en que la Organización de mejora de la calidad dijo que **No** a su Apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión sólo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

En resumen: Cómo hacer una Apelación de nivel 2 para pedir que el plan cubra su cuidado por más tiempo

Llame a la Organización de mejora de calidad de su estado al <phone number> y pida otra revisión.

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

* Los revisores de la Organización de mejora de la calidad analizarán otra vez con cuidado toda la información relacionada con su Apelación.
* La Organización de mejora de la calidad tomará su decisión a más tardar en 14 días después de recibir su pedido de Apelación.

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

* Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en la Apelación de nivel 1 y que no la cambiarán.
* La carta que usted reciba le dirá qué hacer si decide seguir con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de Apelación, llevada por un juez.

## Sección 8.4: ¿Y si deja pasar la fecha límite para hacer su Apelación de nivel 1?

Si deja pasar las fechas límites de apelación, hay otra manera de hacer Apelaciones de nivel 1 y nivel 2, llamada Apelaciones alternas.

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

En resumen: Cómo hacer una Apelación alterna de nivel 1

Llame a nuestro número de Servicios al miembro y pida una revisión rápida.

Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas.

Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización de mejora de la calidad, puede apelar a nosotros y pedirnos una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una Apelación que usa las fechas límites rápidas en lugar de las fechas límites estándar.

* Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). Revisamos si la decisión sobre cuándo deberán terminar sus servicios fue justa y si siguió todas las reglas.
* Usaremos las fechas límites rápidas en lugar de las fechas límites estándar para darle la respuesta a esta revisión. Le daremos nuestra decisión a más tardar 72 horas después de que pidió una revisión rápida.
* **Si decimos que Si** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo en seguir cubriendo sus servicios mientras sean médicamente necesarios. Eso también significa que estamos de acuerdo en devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.
* **Si decimos que No** a su revisión rápida, estamos diciendo que terminar sus servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.

Si usted sigue obteniendo servicios después del día en que dijimos que terminarían, **es posible que tenga que pagar el costo total** de los servicios.

Enviaremos su Apelación a la Entidad de revisión independiente para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando dijimos **No** a su Apelación rápida. Cuando hagamos 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 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 piensa que no estamos cumpliendo con esta u otras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 10, en la página <xx>, le dice cómo presentar una queja.

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

En resumen: Cómo hacer una Apelación de nivel 2 para pedir que el plan continúe su cuidado

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su Apelación a la Entidad de revisión independiente.

* IRE hace una revisión rápida de su Apelación. Los revisores normalmente le darán una respuesta a más tardar en 72 horas.
* 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 IRE verán con cuidado toda la información relacionada con su Apelación.
* **Si la IRE dice que Si** a su Apelación, entonces debemos devolverle nuestra parte de los costos de cuidado. También debemos continuar la cobertura de nuestro plan de sus servicios mientras sea médicamente necesario.
* **Si la IRE dice que No** a su Apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que interrumpir la cobertura de los servicios fue médicamente adecuado.

La carta que recibirá de IRE le dirá qué puede hacer si decide seguir con el proceso de revisión. Le dará detalles sobre cómo entrar en una Apelación de nivel 3, llevada por un juez.

**NOTA:** Usted también puede pedir una Apelación de nivel 2 al Consejo de audiencias de MassHealth. La Sección 5.4, en la página <xx>, le dice cómo apelar ante el Consejo de audiencias.

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

## Sección 9.1: Los pasos siguientes para 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 podría tener derecho a niveles adicionales de Apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de revisión independiente le dirá qué hacer si quiere 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 tomando la decisión en una Apelación de nivel 3 es un ALJ o un abogado adjudicador. Si quiere que un ALJ o un abogado adjudicador revise su caso, el artículo o servicio médico que está pidiendo debe cumplir con una cantidad en dólares mínima. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo ya no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, usted podrá pedir al ALJ o un abogado adjudicador que examine su Apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión del ALJ o del abogado adjudicador, puede ir al Consejo de apelaciones de Medicare. Después de eso, es posible que usted tenga el derecho a pedir a que un tribunal federal examine su Apelación.

Si necesita más asistencia en cualquier etapa del proceso de apelaciones, usted puede comunicarse con My ombudsman, al 1-855-781-9898 (hay intérpretes disponibles para aquellos que no hablen inglés), Las personas sordas o con dificultades para oír o hablar, deben marcar 711 de MassRelay. También puede enviar un mensaje electrónico a My ombudsman a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

## Sección 9.2: Los pasos siguientes para los servicios y artículos de MassHealth

Usted también tiene más derechos de Apelación si hizo una Apelación de nivel 1 y una Apelación de nivel 2 para servicios y artículos de MassHealth y ambas apelaciones fueron rechazadas. Puede pedir que un juez revise su Apelación.

Si necesita más asistencia en cualquier etapa del proceso de apelaciones, usted puede comunicarse con My ombudsman, al 1-855-781-9898 (hay intérpretes disponibles para aquellos que no hablen inglés), Las personas sordas o con dificultades para oír o hablar, deben marcar 711 de MassRelay. También puede enviar un mensaje electrónico a My ombudsman a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

# Sección 10: Cómo presentar una queja

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

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

**Quejas sobre calidad**

En resumen:Cómo presentar una queja

Usted puede presentar una queja interna ante su plan o una queja externa ante una organización que no esté vinculada con nuestro plan

Para presentar una queja interna, llame a Servicios al miembro o envíenos una carta.

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

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

**Quejas sobre privacidad**

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

**Quejas sobre mal servicios al cliente**

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

**Quejas sobre accesibilidad**

* Si los servicios e instalaciones de cuidado de salud en el consultorio de un médico o proveedor no son accesibles para usted.
* Su proveedor no le ofrece adaptaciones razonables necesarias para usted, como un Intérprete de idioma de señas estadounidense.

**Quejas sobre la equidad de salud mental**

* Si los servicios de salud mental no están disponibles de la misma manera que están disponibles los servicios de salud física. Para obtener más información, lea la Sección 10.3, en la página <xx>.

**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 limpieza

**Quejas sobre la limpieza**

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

**Quejas sobre el acceso a idiomas**

* Si su médico o proveedor no le proporcionan un intérprete durante su cita.

**Quejas sobre nuestras comunicaciones**

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

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

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

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

El término legal para “presentar una queja” es “interponer una reclamación”.

### ¿Hay tipos diferentes de quejas?

**Sí**. Usted puede presentar una queja interna o externa. Una queja interna se presenta ante el plan y éste la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada con nuestro plan, quien la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, usted puede llamar al Ombudsman de One Care, al 1-855-781-9898 (MassRelay: 711).

## Sección 10.1: Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios al miembro al <phone number>. Puede presentar la reclamación en cualquier momento a menos que se trate de los medicamentos de la Parte D. Si se trata de un medicamento de la Parte D, debe presentar su reclamación en un plazo de **60 días calendario** después de haber tenido el problema.

* Servicios al miembro le dirá si hay alguna otra cosa que usted tenga que hacer.
* Usted también puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

[*Insert additional description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint,* *including a fast complaint.*]

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

Si es posible, le responderemos inmediatamente. Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada. Si su enfermedad nos exige que respondamos rápidamente, lo haremos.

* Respondemos la mayoría de las quejas en 30 días calendario. Si necesitamos más información y el retraso es por su bien o si pide más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Le diremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
* Si presenta una queja porque rechazamos su pedido de una decisión de “cobertura rápida” o una “Apelación rápida”, le daremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de 24 horas.
* Si presenta una queja porque tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o de apelaciones, le daremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de 24 horas.

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

## Sección 10.2: Quejas externas

Usted puede informar a Medicare sobre su queja

Usted puede enviar su queja a Medicare. El Formulario para presentar quejas a Medicare está disponible en: <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

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

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

### Usted puede informar a MassHealth sobre su queja

Usted puede presentar una queja ante MassHealth. Usted puede hacerlo llamando al Centro de servicios al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY (las personas sordas o con dificultades para oír o hablar), deben llamar al 1-800-497- 4648.

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

Usted puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos si le parece que le han tratado injustamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre sobre el acceso para discapacitados o sobre asistencia con el idioma. El teléfono de la Oficina de derechos civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Usted también puede visitar [http://www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr%20) para encontrar más información.

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

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

Usted también puede tener derechos bajo la Ley de estadounidenses con discapacidades y bajo [plans may insert relevant state law].

Puede pedir ayuda llamando a Ombudsman de One Care al 1-855-781-9898 (MassRelay: marque 711 para llamar) o por correo electrónico a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

### Usted puede presentar una queja ante la Organización de mejora de la calidad

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

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

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

En Massachusetts, la Organización de mejora de la calidad se llama <state-specific QIO name>. El teléfono de <State-specific QIO name> es <phone number>.

## Sección 10.3: Quejas sobre la equidad de salud mental

Las leyes federales y estatales exigen que todas las organizaciones de cuidado administrado, incluyendo <plan name> proporcionen servicios de salud del comportamiento a los miembros de MassHealth de la misma manera que proporcionan servicios de salud física. Esto es lo que se conoce como “equidad”. En general, esto significa que debemos:

1. Proporcionar el mismo nivel de beneficios para los problemas de salud mental y abuso en el consumo de sustancias que usted pueda tener, que para otros problemas físicos que usted pueda tener;
2. No tener requisitos de autorización previa y limitaciones de tratamiento más estrictos para los servicios de salud mental y abuso en el consumo de sustancias, en comparación con los que tiene para los servicios de salud física;
3. Proporcionarle a usted y a su proveedor los criterios de necesidad médica que usamos para una autorización previa, cuando usted o su proveedor lo pidan; **y**
4. Proporcionarle en un tiempo razonable el motivo de cualquier rechazo de autorización para servicios de salud mental o abuso en el consumo de sustancias.

Si le parece que no estamos ofreciendo equidad en la forma que se explicó arriba, usted tiene derecho a presentar una queja interna. Para obtener más información sobre quejas internas y cómo presentarlas, lea la Sección 10.1, en la página <xx>.

También puede presentar una queja ante MassHealth. Usted puede hacerlo por teléfono al Centro de servicios al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY (las personas sordas o con dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-800-497-4648.