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

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

¿Qué hay en este capítulo?

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

* Usted tiene un problema o una queja sobre su plan.
* Usted necesita un servicio, suministro o medicamento y su plan ha dicho que no lo pagará.
* Usted no está de acuerdo con una decisión tomada por su plan sobre su cuidado.
* Usted cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.

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

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

Usted debería recibir el cuidado de salud, los medicamentos y los servicios a largo plazo y respaldos que su doctor y otros proveedores consideren necesarios como parte del plan de cuidado de su salud. **Si está teniendo un problema con su cuidado, puede llamar a la oficina del Ombudsman de HHSC al 1-866-566-8989 para que le ayuden.** En este capítulo se explican las opciones que usted tiene para atender distintos problemas y quejas. Sin embargo, siempre que lo necesite, usted podrá llamar a la oficina del Ombudsman de HHSC y solicitar orientación mientras se resuelve 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 los programas de ombudsman.

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

**Tabla de Contenido**

[¿Qué hay en este capítulo? 1](#_Toc519511248)

[Si usted está teniendo un problema con su salud o con sus servicios a largo plazo y respaldos 1](#_Toc519511249)

[Sección 1: Introducción 5](#_Toc519511250)

[ Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema 5](#_Toc519511251)

[ Sección 1.2: ¿Cuáles son los términos legales? 5](#_Toc519511252)

[Sección 2: Dónde llamar para pedir ayuda 6](#_Toc519511253)

[ Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda 6](#_Toc519511254)

[Sección 3: Problemas con sus beneficios 8](#_Toc519511255)

[ Sección 3.1: ¿Debería usted usar el proceso para decisiones sobre cobertura y apelaciones? O ¿Desea presentar una queja? 8](#_Toc519511256)

[Sección 4: Decisiones sobre cobertura y apelaciones 9](#_Toc519511257)

[ Sección 4.1: Resumen de decisiones sobre cobertura y apelaciones 9](#_Toc519511258)

[ Sección 4.2: Obteniendo ayuda con las decisiones sobre coberturas y apelaciones 9](#_Toc519511259)

[ Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle? 10](#_Toc519511260)

[Sección 5: Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D) 13](#_Toc519511261)

[ Sección 5.1: Cuándo usar esta sección 13](#_Toc519511262)

[ Sección 5.2: Pidiendo una decisión sobre cobertura 14](#_Toc519511263)

[ Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D) 16](#_Toc519511264)

[ Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (pero no para medicamentos de la Parte D) 19](#_Toc519511265)

[ Sección 5.5: Problemas de pagos 23](#_Toc519511266)

[Sección 6: Medicamentos de la Parte D 26](#_Toc519511267)

[ Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D 26](#_Toc519511268)

[ Sección 6.2: ¿Qué es una excepción? 28](#_Toc519511269)

[ Sección 6.3: Qué debe saber cuando pide una excepción 29](#_Toc519511270)

[ Sección 6.4: Cómo pedir una decisión sobre cobertura de un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción 29](#_Toc519511271)

[ Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para Medicamentos de la Parte D 33](#_Toc519511272)

[ Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D 35](#_Toc519511273)

[Sección 7: Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital 38](#_Toc519511274)

[ Sección 7.1: Aprendiendo sobre sus derechos de Medicare 38](#_Toc519511275)

[ Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital 39](#_Toc519511276)

[ Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital 41](#_Toc519511277)

[ Sección 7.4: ¿Qué sucederá si pierdo la fecha límite para apelar? 42](#_Toc519511278)

[Sección 8: Qué hacer si cree que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) terminarán demasiado pronto 45](#_Toc519511279)

[ Sección 8.1: Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura 45](#_Toc519511280)

[ Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar su cuidado 46](#_Toc519511281)

[ Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar su cuidado 48](#_Toc519511282)

[ Sección 8.4: ¿Y si pierde la fecha límite para presentar su apelación de nivel 1? 49](#_Toc519511283)

[Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2 52](#_Toc519511284)

[ Sección 9.1: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare 52](#_Toc519511285)

[ Sección 9.2: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicaid de Texas 52](#_Toc519511286)

[Sección 10: Cómo presentar una queja 53](#_Toc519511287)

[ Sección 10.1: Quejas internas 54](#_Toc519511288)

[ Sección 10.2: Quejas externas 55](#_Toc519511289)

# Sección 1: Introducción

## Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema

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

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

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

Por ejemplo, decimos:

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

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

# Sección 2: Dónde llamar para pedir ayuda

## Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda

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

### Usted puede obtener ayuda de la oficina del Ombudsman de HHSC

Si usted necesita ayuda, puede llamar a la oficina del Ombudsman de HHSC. La oficina del Ombudsman de HHSC le responderá sus preguntas y le ayudarán a comprender qué hacer para resolver su problema. Para más información sobre los programas de ombudsman, lea el Capítulo 2 [*plan should insert reference, as appropriate*].

La oficina del Ombudsman de HHSC no está conectada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de seguro de salud. La Línea de ayuda para personas de la tercera edad podrá ayudarle a comprender qué proceso usar. El teléfono de la oficina del Ombudsman de HHSC es el 1-866-566-8989. Los servicios son gratuitos.

### Usted puede obtener ayuda del Programa de asistencia con los seguros de salud del estado (SHIP)

Usted también puede llamar al Programa de asistencia con los seguros de salud de su estado (SHIP). Los consejeros de SHIP podrán responder a sus preguntas y ayudarle a comprender qué hacer para solucionar su problema. El programa SHIP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de cuidado de la salud. El programa SHIP tiene consejeros capacitados en cada estado y los servicios de SHIP son gratuitos. En Texas, el programa SHIP se llama Programa de información, consejería y defensa de salud (HICAP). El teléfono de HICAP es el 1-800-252-3439.

### Obteniendo ayuda de Medicare

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

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

### Obteniendo ayuda de Medicaid de Texas

Usted puede llamar directamente a Medicaid de Texas para solicitar ayuda con sus problemas. Hay dos maneras de obtener ayuda de Medicaid de Texas:

* Llame al 1-800-252-8263 ó 2-1-1. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989 ó 7-1-1. La llamada es gratuita.
* Visite el sitio web de Medicaid de Texas (<https://yourtexasbenefits.hhsc.texas.gov/>).

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

# Sección 3: Problemas con sus beneficios

## Sección 3.1: ¿Debería usted usar el proceso para decisiones sobre cobertura y apelaciones? O ¿Desea presentar una queja?

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

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

# Sección 4: Decisiones sobre cobertura y apelaciones

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

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

### ¿Qué es una decisión sobre cobertura?

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

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

### ¿Qué es una apelación?

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

## Sección 4.2: Obteniendo ayuda con las decisiones sobre coberturas y apelaciones

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

Usted podrá pedirle ayuda a cualquiera de las siguientes personas:

* Llame a **Servicios al miembro** al <phone number>.
* Puede llamar a la **Oficina del Ombudsman de HHSC** para pedir ayuda gratuita. Ellos le proporcionan ayuda a las personas inscritas en Medicaid de Texas que tienen problemas de servicios o facturación. El número de teléfono es: 1-877-787-8999.
* Puede llamar al **Programa de asistencia con los seguros de salud del estado (SHIP)** para obtener ayuda gratuita. SHIP es una organización independiente y no está conectada con este plan. En Texas, el programa SHIP se llama Programa de información, consejería y defensa de salud (HICAP). El número de teléfono es:   
  1-800-252-3439.
* Hable con **su médico o con otro proveedor**. Su médico u otro proveedor podrán pedir una decisión sobre cobertura o presentar una apelación en su nombre y actuar como su representante.
* Hable con un **amigo o miembro de su familia** y pídale que actúe en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su “representante” para pedir una decisión sobre cobertura o para apelar.
  + Si usted desea que un amigo, un pariente u otra persona sea su representante llame a Servicios al miembro y pida el formulario “Nombramiento de un representante”.
  + También podrá obtener este formulario en el sitio web de Medicare en [https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf%20) [plans may also insert: o en nuestro sitio web en <web address or link to form>]. Este formulario autoriza a la persona a actuar en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
* **Usted también tiene derecho a pedirle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su propio abogado o conseguir el nombre de un abogado de la asociación local de abogados u otro servicio de referencias. Algunos grupos legales le darán servicios legales gratuitos, si usted es elegible. Si quiere que un abogado le represente, deberá llenar el formulario de Nombramiento de un representante.
  + Sin embargo**, usted no tiene que tener un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión sobre cobertura ni para apelar.

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

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

* **La Sección 5 en la página <xx>** le da información si tiene problemas sobre los servicios, artículos y algunos medicamentos (pero no medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
  + No está recibiendo un servicio que usted quiere y cree que nuestro plan lo cubre.
  + No aprobamos algún servicio, artículo o medicamento que su médico quiere darle y usted cree que este cuidado debería ser cubierto.
    - **NOTA:** Use la Sección 5, solamente si estos medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos 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 la Sección 6 en la página <xx> para presentar apelaciones por los medicamentos de la Parte D.
  + Usted recibió cuidado médico o servicios que usted cree deberían estar cubiertos, pero nosotros no hemos pagado por este cuidado.
  + Usted recibió y pagó por servicios médicos o artículos que creía que estaban cubiertos y quiere pedirnos que le devolvamos lo que pagó.
  + Le dijeron que la cobertura del cuidado que ha estado recibiendo será reducida o interrumpida y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
    - **NOTA**: Si la cobertura que será suspendida es por cuidados en   
      un hospital, en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), usted deberá leer una sección aparte de este capítulo, ya que para esos tipos de servicios corresponden reglas especiales. Lea las Secciones 7 y 8 en lás páginas <xx> y <xx>.
* **La Sección 6 en la página <xx>** le ofrece información sobre medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
  + Quiere pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).
  + Quiere pedirnos que cancelemos los límites en la cantidad del medicamento que usted puede recibir.
  + Quiere pedirnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
  + No aprobamos su pedido o excepción y usted o su médico u otro proveedor creen que deberíamos haberlo aprobado.
  + Quiere pedirnos que paguemos por un medicamento de receta que ya compró. (Esto quiere decir, pedirnos una decisión sobre cobertura de un pago.)
* **La Sección 7 en la página <xx>** le da información sobre cómo pedirnos que cubramos una estadía más larga en un hospital como paciente interno, si usted cree que su doctor le está dando de alta demasiado pronto. Use esta sección si:
  + Usted está en el hospital y cree que su doctor ha pedido que usted reciba el alta del hospital demasiado pronto.
* **La Sección 8 en la página <xx>** le da información si usted cree que su cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o los servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) terminarán demasiado pronto.

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

Si necesita otra ayuda o información, por favor llame a la oficina del Ombudsman de HHSC al 1-866-566-8989.

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

## Sección 5.1: Cuándo usar esta sección

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

Esta sección le dice qué puede hacer si usted está en una de las cinco situaciones siguientes:

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

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

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

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión sobre no aprobar el cuidado. Vaya a la sección 5.3 en la página <xx> para obtener información sobre cómo apelar.

1. Usted recibió servicios o artículos que usted creía que cubríamos, pero no pagaremos por ellos.

**Qué puede hacer:** Usted podrá apelar nuestra decisión de no pagar. Vaya a la sección 5.3 en la página <xx> para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

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

**Qué puede hacer:** Usted puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender el servicio. Vaya a la sección 5.3 en la página <xx> para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

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

## Sección 5.2: Pidiendo una decisión sobre cobertura

### Cómo pedir una decisión sobre cobertura para obtener servicios médicos, servicios de la salud del comportamiento o servicios de cuidado de la salud a largo plazo

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

* Puede llamarnos al: <phone number>, 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 3 días laborables después de pedirla. Si no le informamos sobre nuestra decisión a más tardar en 3 días laborables, puede apelar.

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

**Sí**. Si debido a su salud necesita una respuesta más rápida, pídanos que tomemos una “decisión sobre cobertura rápida”. Si aprobamos su pedido, le avisaremos sobre nuestra decisión a más tardar en 1 día laborable.

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

### Pidiendo una decisión sobre cobertura rápida:

* Si usted nos pide una decisión sobre cobertura rápida, llámenos o comuníquese por fax con nuestro plan para pedirnos que cubramos el cuidado que desea.
* Puede llamarnos al <phone number> o enviarnos un fax al <fax number>. Para saber cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable].
* También puede pedirle a su proveedor o representante que nos llame.

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

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

1. Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida **solamente si está pidiendo algún cuidado o un artículo que aún no ha recibido**. (Usted no podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida si su solicitud tiene que ver con un pago por cuidados médicos o un artículo que ya recibió.)
2. Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida **solamente si el tiempo estándar de 3 días laborables podría causar daños serios a su salud o afectar su habilidad para desempeñarse**.

* Si su médico determina que necesita una decisión sobre cobertura rápida, se la daremos automáticamente.
* Si nos pide una decisión sobre cobertura rápida sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si usted puede obtener una decisión sobre cobertura rápida.
  + Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para que tomemos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También usaremos la fecha límite estándar de 3 días laborables.
  + Esta carta le dirá que, si su doctor nos pide que tomemos la decisión sobre cobertura rápida, lo haremos automáticamente.
  + La carta le dirá también cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión sobre cobertura estándar en lugar de una decisión sobre cobertura rápida. (Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo las quejas rápidas, lea la Sección 10 en la página <xx>.)

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

Aprobaremos (pre-autorizaremos) que usted reciba el servicio o artículo a más tardar en 3 días laborables (para una decisión sobre cobertura estándar) o en 1 día laborable (para una decisión sobre cobertura rápida) a partir del momento de su pedido.

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

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

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

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

### ¿Qué es una apelación?

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

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, usted puede llamar a la Oficina del ombudsman de HHSC al 1-866-566-8989. La Oficina del ombudsman de HHSC no está conectada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

### ¿Qué es una apelación de nivel 1?

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

En resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1

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

* Pregunte **a más tardar en 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
* Si usted apela porque le dijimos que un servicio que recibe actualmente será modificado o suspendido, **usted tendrá un plazo más corto para apelar**, si quiere seguir recibiendo que ese servicio continúe mientras su apelación está en proceso.
* Lea este capítulo para saber sobre las fechas límites para su apelación.

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

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

* Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro proveedor o su representante deberá comunicarse con nosotros. También puede llamarnos al <phone number>. Para saber más sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación, lea el Capítulo 2 [*plans may insert reference, as applicable*].
* Usted podrá presentar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
* Si usted está pidiendo una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
  + Puede enviar un pedido a la siguiente dirección: <insert address>
  + Usted también podrá apelar llamándonos al <toll-free number>.

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

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

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

Para obtener un formulario de Nombramiento de un representante, pídalo llamando a Servicios al miembro o visite el sitio web de Medicare en [https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf%20) [plans may also insert: o nuestro sitio web en <web address **or** link to form>].

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

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

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

Si usted deja pasar esta fecha límite por un motivo justificado podríamos darle más tiempo para apelar. Estos son ejemplos de un motivo justificado: usted tuvo una enfermedad grave o no le dimos la información correcta sobre la fecha límite para presentar una apelación.

**NOTA:** Si usted apela porque le dijimos que un servicio que recibe actualmente será modificado o suspendido, **usted tendrá menos días para apelar**, si quiere seguir recibiendo ese servicio continúe mientras su apelación está en proceso. Para más información, lea "¿Mis beneficios continuarán durante las apelaciones de nivel 1?" en la página <xx>.

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

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

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

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

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

Nosotros analizaremos con atención toda la información sobre su pedido de cobertura de cuidados médicos. Luego revisaremos que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que **No** a su pedido. La persona que hará la revisión no será la misma que tomó la decisión original sobre cobertura. Si la decisión original se basó en una falta de necesidad médica, entonces el revisor será un médico.

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

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

Le debemos dar nuestra respuesta a más tardar 30 días calendario después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión más pronto, si su enfermedad nos lo exige.

* Sin embargo, si nos pide más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomar días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta explicándole 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 responderemos dentro de 24 horas. Para más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo 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 su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Nosotros le avisaremos cuando esto ocurra. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid de Texas, usted mismo podrá presentar una apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, vea la sección 5.4 en la página <xx>.

**Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle esa coberturadentro de 30 días calendario después de recibir su apelación.

**Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta que le enviaremos le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una apelación de nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid de Texas, le diremos en la carta cómo podrá presentar una apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4 en la página <xx>.

### ¿Cuándo sabré sobre una decisión de apelación "rápida"?

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

* Sin embargo, si nos pide más tiempo, o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta explicándole por qué necesitamos más tiempo.
* Si le parece que no deberíamos tomar días adicionales, usted puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en 24 horas. Para más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, lea la sección 10 en la página <xx>.
* Si no respondemos a su apelación dentro de 72 horas o al terminar los días adicionales (si los tomamos), enviaremos automáticamente su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones, si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Le notificarán cuando esto ocurra. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid de Texas, usted mismo podrá presentar una apelación de Nivel 2. Para saber más sobre el proceso de apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4 en la página <xx>.

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

**Si le respondemos No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para pedir una apelación de nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid de Texas, en la carta le diremos cómo podrá presentar una apelación de nivel 2. Para saber más sobre el proceso de apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4 en la página <xx>.

### ¿Mis beneficios continuarán durante las apelaciones de nivel 1?

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio aprobado anteriormente, le enviaremos un aviso antes de aplicar la acción. Si no está de acuerdo con la acción, usted podrá presentar una apelación de Nivel 1 y pedir que continuemos sus beneficios. Usted deberá hacer el pedido en la fecha de abajo o antes, para que sus beneficios continúen:

* A más tardar 10 días después de la fecha de envío de nuestro aviso de acción, o
* En la fecha de comienzo indicada para la acción.

Si usted cumple con este plazo, usted podrá continuar recibiendo el servicio en disputa mientras se procesa su apelación.

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

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

Si nuestra decisión a todo o parte de su apelación de nivel 1 es **No,** le enviaremos una carta en la que se le dirá si el servicio o artículo están cubiertos normalmente por Medicare y/o Medicaid de Texas.

* Si su problema es sobre un servicio o artículo de **Medicare**, usted recibirá automáticamente una Apelación de nivel 2 ante la Entidad de revisión independiente (IRE) tan pronto como termine la apelación de nivel 1.
* Si su problema es sobre un servicio o artículo de **Medicaid** **de Texas**, usted podrá pedir una apelación de nivel 2 (conocida como audiencia justa), ante la División de apelaciones de la Comisión de salud y servicios humanos de Texas (HHSC). En la carta se le dirá cómo hacerlo. La información también aparece más adelante.
* Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría ser **cubierto por Medicare y Medicaid de Texas**, usted recibirá automáticamente una apelación de nivel 2 ante IRE. Usted también puede pedir una apelación de nivel 2 (conocida como audiencia justa), ante la División de apelaciones de HHSC.

### ¿Qué es una apelación de nivel 2?

Una apelación de nivel 2 es una apelación externa, hecha por una organización independiente que no está relacionada con el plan. La organización de apelaciones de nivel 2 de Medicare es la Entidad de revisión independiente (IRE) La apelación de nivel 2 de Medicaid de Texas se conoce como audiencia justa. Los pedidos de audiencias justas se presentan ante <plan name> pero las revisa la División de apelaciones de HHSC.

### Mi problema es sobre un servicio o artículo de Medicaid de Texas. ¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 2?

Una apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medicaid de Texas se llama "audiencia justa".

Si quiere pedir una audiencia justa, usted debe comunicarse con <plan name> por escrito. Enviaremos su pedido de audiencia justa a la División de apelaciones de HHSC. Usted o su representante tienen que pedir una audiencia dentro de 120 días desde la fecha de la carta en que se le explica que se le está denegando su apelación de Nivel 1 a nuestro plan. Si usted tiene algún motivo justificado para un retraso, la División de apelaciones de HHSC podría ampliar este plazo para usted.

Envíe su pedido por escrito a:

[Insert plan’s address to mail Fair Hearing request.]

O, puede llamar a Servicios al cliente al <phone number>. Podemos ayudarle con este pedido. Si usted necesita una decisión rápida por su salud, usted deberá llamar a Servicios al miembro para pedir una audiencia justa rápida.

Después de que la División de apelaciones de HHSC reciba su pedido de audiencia, usted deberá recibir un paquete de información que le permite saber la fecha, hora y lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias justas son por teléfono. Durante la audiencia, usted o su representante podrán decirle al funcionario de audiencias por qué necesita el servicio que le negamos.

La División de apelaciones le dará una decisión final a más tardar 90 días después de la fecha de su pedido de audiencia. Si usted es elegible para una audiencia justa rápida, la División de apelaciones deberá darle una respuesta a más tardar en 72 horas. Sin embargo, si la División de apelaciones necesita reunir más información que le ayude a usted, esto podría tomar hasta 14 días calendario.

### Mi problema es sobre un servicio o artículo que está cubierto por Medicare. ¿Qué pasará en la apelación de nivel 2?

Una Entidad de revisión independiente (IRE) revisará con cuidado la decisión de nivel 1 y decidirá si debe ser cambiada.

* Usted no necesitará solicitar la apelación de nivel 2. Enviaremos automáticamente sus rechazos (de todo o parte) a la IRE. A usted se le notificará cuando esto ocurra.
* La IRE está contratada por Medicare y no está conectada con el plan de salud.
* Usted puede pedir una copia de su expediente llamando a Servicios al miembro al <phone number>.

La IRE debe dar una respuesta a su apelación de nivel 2 a más tardar 30 días calendario después de recibir su apelación. Esta regla se aplica si usted envió su apelación antes de obtener servicios médicos.

* Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda ayudarle a usted, puede tomar hasta 14 días calendario. Si la 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.

* Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información, podrá tomar hasta 14 días calendario más. Si la IRE decide tomar días adicionales para tomar una decisión, le avisaremos por carta.

### ¿Y si mi servicio o artículo está cubierto por Medicare y Medicaid de Texas?

Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar cubierto por ambos Medicare y Medicaid de Texas, enviaremos automáticamente su apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente. Usted también puede pedir una audiencia justa. Los pedidos de audiencias justas se presentan ante <plan name>, pero los revisa la División de apelaciones de HHSC. Siga las instrucciones de la página <xx>.

### ¿Mis beneficios continuarán durante las apelaciones de nivel 2?

Si su problema es sobre un servicio cubierto por **Medicare o por Medicare y Medicaid de Texas**, sus beneficios de ese servicio no continuarán durante las apelaciones de nivel 2.

Si su problema es sobre un servicio cubierto **sólo por Medicaid de Texas**, sus beneficios de ese servicio continuarán durante las apelaciones de nivel 2, si:

* Su apelación es sobre nuestra decisión de reducir o suspender un servicio autorizado anteriormente, y
* You request a Level 2 Appeal (Fair Hearing) within 10 days of our letter telling you that we were denying your Level 1 appeal or before the intended effective date of the action, whichever is later.

### ¿Cómo sabré cuál es la decisión?

Si su apelación de nivel 2 (audiencia justa) fue a la División de apelaciones de HHSC, le avisarán por escrito sobre la decisión de la audiencia.

* Si la División de apelaciones de HHSC dice que **Sí** a todo o parte de lo que usted pidió, debemos autorizar la cobertura a más tardar en 72 horas desde la fecha en que recibamos la decisión de la audiencia.
* Si la División de apelaciones de HHSC dice que **No** a todo o parte de lo que usted pidió, esto significa que están de acuerdo con la decisión del nivel 1. Esto se llama "confirmar la decisión". También se llama "rechazar su apelación".

Si su apelación de nivel 2 fue dirigida a la Entidad de revisión independiente (IRE), ellos le enviarán una carta explicándole su decisión.

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

### ¿Y si apelé ante la Entidad de revisión independiente y la División de apelaciones de HHSC y tienen decisiones diferentes?

Si alguna de ellas, entre la Entidad de revisión independiente y la División de apelaciones de HHSC deciden que **Sí** para todo o parte de lo que usted pidió, le daremos el servicio o artículo aprobados que sea más cercano a lo que usted 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 (audiencia justa) fue enviada a la División de apelaciones de HHSC, usted puede apelar de nuevo pidiendo una revisión administrativa. La carta que reciba de la División de apelaciones de HHSC le explicará su próxima opción de apelación.

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

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

## Sección 5.5: Problemas de pagos

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

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

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

### ¿Puedo pedirles a ustedes que me devuelvan lo que pagué por [*insert if plan has cost sharing:* su parte de los] servicios o artículos?

Recuerde que si recibe una factura [plans with cost sharing insert: que es 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 devuelvan el pago, está pidiendo una decisión sobre cobertura. Decidiremos si el servicio o artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto y revisaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

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

### ¿Y si decimos que no pagaremos?

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

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

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

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

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

# Sección 6: Medicamentos de la Parte D

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

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos de receta. Casi todos son “medicamentos de la Parte D”. Hay unos cuantos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Medicaid de Texas podría cubrir. **Esta sección corresponde 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 5en la página <xx>**.**

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

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

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

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

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

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

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

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

| ¿En cuál de estas situaciones está usted? | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita una excepción a una regla o a una restricción para un medicamento que cubrimos?  **Puede pedirnos que hagamos una excepción.** (Esto es un tipo de decisión sobre cobertura.)  Comience con la **Sección 6.2** en la página <xx>. Lea también las Secciones 6.3 y 6.4 en las páginas <xx> y <xx>. | ¿Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación previa) para el medicamento que necesita?  **Puede pedirnos una decisión sobre cobertura**.  Salte a la **Sección 6.4** en la página <xx> | ¿Quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento que ya recibió y por el que pagó?  **Puede pedirnos que le devolvamos el pago**. (Esto es un tipo de decisión sobre cobertura.)  Salte a la **Sección 6.4** en la página <xx>. | ¿Ya le dijimos que No cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado?  **Puede apelar**. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos.)  Salte a la **Sección 6.5** en la página <xx>. |

## Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Qué hacer

* Pida el tipo de decisión sobre cobertura que quiere. Haga su pedido por teléfono, por correo o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional autorizado) pueden hacerlo. Llámenos al <phone number>.

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

Llame por teléfono, escriba o envíenos un fax o pídale a su representante o médico u otro profesional autorizado que pregunten. Le daremos una respuesta sobre una decisión sobre cobertura estándar a más tardar en 72 horas. Por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó, le responderemos sobre la devolución de su dinero en 14 días calendario.

* Si está pidiendo una excepción, incluya la declaración de respaldo de su médico u otro profesional autorizado.
* Usted o su médico u otro profesional autorizado pueden pedir una decisión rápida. (Las decisiones rápidas llegan a más tardar en 24 horas.)
* Lea esta sección para asegurarse de ser elegible para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información sobre las fechas límite para las decisiones.
* Usted o su médico (u otro profesional autorizado) o alguien más que esté actuando en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
* Lea la Sección 4 en la página <xx> para saber cómo autorizar a otra persona para actuar como su representante.
* Usted no necesita darle un permiso por escrito a su médico o a otro profesional autorizado para que nos pidan una decisión sobre cobertura en su nombre.
* Si quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento, lea el Capítulo 7 [*plans may insert reference, as applicable*] de este manual. En el Capítulo 7 se describen casos en los que posiblemente tenga que pedirnos que le devolvamos su dinero. También dice cómo enviarnos los documentos necesarios para pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento por el que usted ya pagó.
* Si está pidiendo una excepción, envíenos la “declaración de respaldo”. Su médico u otro profesional autorizado deben darnos los motivos médicos para la excepción del medicamento. Esto se llama “declaración de respaldo”.
* Su médico u otro profesional autorizado pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro profesional autorizado también pueden explicarnos sus razones por teléfono y, después, enviarnos una declaración por fax o por correo.

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

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

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

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

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

Usted podrá obtener una decisión de cobertura rápida **sólo si usando las fechas límite estándar podríamos causar daños graves a su salud o afectar su capacidad para desempeñarse.**

Si su médico u otro profesional autorizado dicen que su salud requiere una “decisión sobre cobertura rápida” tomaremos una decisión sobre cobertura rápida y se lo diremos en la carta.

* Si usted nos pide tomar una decisión sobre cobertura rápida (sin el respaldo de su médico u otro profesional autorizado), nosotros decidiremos si le daremos una decisión sobre cobertura rápida.
* Si decidimos que su enfermedad no satisface los requisitos para una decisión de cobertura rápida, entonces usaremos los plazos estándar.
  + Le enviaremos una carta para avisarle. En la carta se le dirá cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar.
  + Puede presentar una “queja rápida” y obtener una respuesta a su queja, en 24 horas. Para más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, lea la Sección 10 en la página <xx>.

### Fechas límite para una decisión sobre cobertura rápida

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

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

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

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

* Debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido.
* Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, la IRE 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 explicándole por qué dijimos que **No**. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

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

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

En resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1

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

* Pregunte **a más tardar en 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
* Usted, su médico o profesional autorizado o su representante pueden llamarnos para una apelación rápida.
* Lea esta sección para saber si es elegible para una decisión rápida! También encontrará información sobre fechas límites para las decisiones.
* Si nos escribe por una apelación estándar, puede hacer su apelación por escrito. También puede llamarnos al <toll-free number> para apelar.
* Si quiere una apelación rápida, puede apelar por escrito o puede llamarnos por teléfono.
* Solicite su apelación **a más tardar en 60 días calendario,** a partir de la fecha del aviso que le enviamos con nuestra decisión. Si usted pierde esta fecha límite por un motivo justificado, podríamos darle más tiempo para apelar. Estos son ejemplos de un motivo justificado: usted tuvo una enfermedad grave; o no le dimos información correcta sobre la fecha límite para presentar una apelación.
* Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Para pedir una copia, llame a Servicios al miembro al <phone number> [If a fee is charged, insert: Se nos permite cobrar un monto por hacer copias de esta información y enviársela.]

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

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

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

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

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

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

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

### Fechas límite para una “apelación rápida”

* Si usamos las fechas límite rápidas, le daremos nuestra respuesta a más tardar en 72 horas o antes, después de recibir su apelación si su salud lo exige.
* Si no le damos una respuesta a más tardar en esas 72 horas, enviaremos su pedido al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, la IRE revisará su apelación.
* **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos darle la cobertura a más tardar en 72 horas después de recibir su apelación.
* **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicando por qué dijimos que **No**.

### Fechas límite para una “apelación estándar”

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

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

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

En resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2

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

* Pregunte **a más tardar en 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un buen motivo, todavía podría apelar.
* Usted, su médico u otro profesional autorizado o su representante pueden solicitar la apelación de nivel 2.
* ¡Lea esta sección para asegurarse de ser elegible para una decisión rápida! También para informarse sobre las fechas límite de las decisiones.
* Si quiere que la IRE revise su caso, su pedido de apelación debe ser por escrito. En la carta que le enviemos sobre nuestra decisión en la apelación de nivel 1, se le explicará cómo solicitar la apelación de nivel 2.
* Cuando apele a la IRE, enviaremos su expediente a la IRE. Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente llamando a Servicios al miembro al <phone number>. [If a fee is charged, insert: Podemos cobrarle por hacer copias de esta información y por enviársela.]
* Usted tiene derecho a dar a la IRE otra información para apoyar su apelación.
* La IRE es una organización independiente contratada por Medicare que no está relacionada con este plan ni es una agencia del gobierno.
* Los revisores de la IRE analizarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta explicando su decisión.

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

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

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

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

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

### ¿Y si la IRE responde No a su apelación de nivel 2?

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

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

# Sección 7: Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital

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

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

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

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

## Sección 7.1: Aprendiendo sobre sus derechos de Medicare

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ¡Llame inmediatamente!

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

* **Si llama antes de salir del hospital**, se le permitirá quedarse después de la fecha de su salida sin tener que pagar, mientras espera la decisión sobre su apelación tomada por la Organización para el mejoramiento de la calidad.

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

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al <phone number> y pida una “revisión rápida”.

Llame antes de salir del hospital y antes de la fecha programada para su salida.

* **Si usted no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de la fecha de su salida, es posible que tenga que pagar todos los costos por cuidados recibidos del hospital después de la fecha programada para su salida.
* **Si pierde la fecha límite** para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el mejoramiento de la calidad, puede apelar directamente ante nuestro plan. Para conocer los detalles, lea la Sección 7.4 en la página <xx>.

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

* **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al miembro al <toll-free number>. También puede llamar al Programa de asistencia con los seguros de salud del estado (SHIP) al 1-800-252-3439 o a la oficina del Ombudsman de HHSC al 1-866-566-8989..

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

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

### Pida una “revisión rápida”

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

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

### ¿Qué pasará durante la revisión rápida?

* Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha programada para su salida. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere, puede hacerlo.
* Los revisores examinarán su expediente médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.
* Usted recibirá una carta con la fecha de su salida, al medio día del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación. En la carta se le explicarán los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto que usted salga del hospital en esa fecha.

### ¿Y si la respuesta es Sí?

El término legal para esta explicación por escrito es “Aviso detallado de su salida”. Podrá obtener una muestra llamando a Servicios al miembro al <toll-free number>. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades para oír o hablar) deberán llamar al (1-877-486-2048.) También podrá ver una muestra del aviso por internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

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

### ¿Y si la respuesta es No?

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

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

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

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

En Texas, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama <state-specific QIO name>. Usted puede llamar a <State-specific QIO name> al: **<toll-free number>.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su estadía en el hospital. Revisamos si la decisión sobre cuándo deberá salir del hospital fue justa y si cumple con todas las reglas.

En resumen: Cómo presentar una apelación alterna de nivel 1

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

Le daremos nuestra decisión a más tardar en <insert number> horas.

* Para responder a esta revisión usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar. Esto significa que le informaremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de pedirnos la “revisión rápida”.
* **Si decimos Sí a su revisión rápida,** eso significa que estamos de acuerdo con que usted deberá seguir en el hospital después de la fecha de su salida. Seguiremos cubriendo los servicios del hospital mientras sigan siendo médicamente necesarios. Eso también significa que estamos de acuerdo con pagar nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
* **Si respondemos No a su revisión rápida,** estamos diciendo que la fecha de su salida era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios en el hospital como paciente interno terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.
* Si permaneció en el hospital después de la fecha programada para su salida, es posible que usted tenga que pagar el costo total del cuidado de hospital que recibió después de la fecha programada para su salida.
* Enviaremos su apelación a la Entidad de revisión independiente para verificar que hayamos seguido todas las reglas cuando respondimos **No** a su apelación rápida. Esto significará que su caso pasará automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

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

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

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

En resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 2

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

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

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

Esta sección es sólo sobre los siguientes tipos de cuidado:

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

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

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

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

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

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

Cuando termine su cobertura, dejaremos de pagar por su cuidado.

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

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

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

* **Cumpla con las fechas límite**. Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección 10 en la página <xx> se explica cómo presentar una queja.)
* **Si necesita ayuda, pídala**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al miembro al <phone number>. O llame al Programa de asistencia con los seguros de salud de su estado al <phone number>.

Durante una apelación de nivel 1, una Organización para el mejoramiento de la calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que hayamos tomado. En Texas, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama <state-specific QIO name>. Usted puede llamar a <State-specific QIO name> al <phone number>. La información sobre cómo apelar ante la Organización para el mejoramiento de la calidad se encuentra también en la Notificación de no cobertura de Medicare. Éste es el aviso que recibió cuando le dijimos que dejaríamos de cubrir sus cuidados.

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

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al <phone number> y pida una “apelación de vía rápida”.

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

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

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

### ¿Qué debe pedirles?

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

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

* Debe comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad a más tardar al mediodía del día siguiente de haber recibido un aviso por escrito de cuándo dejaremos de cubrir su cuidado.
* Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el mejoramiento de la calidad, puede presentarnos la apelación directamente a nosotros. Para conocer detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, lea la Sección 8.4 en la página <xx>.

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

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

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

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

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

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

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

* Si los revisores dicen **No** a su apelación, su cobertura terminará en la fecha que le dijimos. Nosotros dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
* Si usted decide seguir recibiendo cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) después de la fecha en que termine su cobertura, usted podría tener que pagar el costo total por este cuidado.

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

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

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

En Texas, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama <state-specific QIO name>. Usted puede llamar a <State-specific QIO name> al <phone number>. Pida la revisión de nivel 2 **a más tardar en 60 días calendario** después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad dijo **No** a su apelación de nivel 1. Podrá pedir esta revisión sólo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

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

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

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

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

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

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

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

* Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en la apelación de nivel 1 y que no la cambiarán.
* En la carta que reciba se le dirá qué hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Se le darán detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

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

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

En resumen:Cómo presentar una apelación alterna de nivel 1

Llame a Servicios al miembro y pida una “revisión rápida”.

Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de revisión independiente (IRE).

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

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

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

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

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

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

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

Si necesita ayuda en cualquier momento del proceso de apelación, puede comunicarse con la oficina del Ombudsman de HHSC. El número de teléfono es 1-866-566-8989.

## Sección 9.2: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicaid de Texas

Usted también tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios y artículos que podrían estar cubiertos por Medicaid de Texas. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos adicionales de apelación, llame a la oficina del Ombudsman de HHSC al 1-866-566-8989.

Si no está de acuerdo con la decisión tomada por el funcionario de audiencias justas, usted puede pedir una revisión administrativa a más tardar 30 días después de la fecha de la decisión.

La carta que usted reciba de la División de apelaciones de HHSC le dirá qué hacer si quiere continuar con el proceso de apelaciones.

# 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 la calidad

En resumen: Cómo presentar una queja

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

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

Hay varias organizaciones diferentes que reciben quejas externas. Lea más información en 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 la privacidad

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

#### Quejas sobre el mal servicio al cliente

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

#### Quejas sobre la accesibilidad

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

#### Quejas sobre los tiempos de espera

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

#### Quejas sobre la limpieza

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

#### Quejas sobre el acceso lingüístico

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

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

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

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

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

El término legal para una “queja” es un “reclamo”.

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

### ¿Hay tipos diferentes de quejas?

**Sí.** Usted puede presentar una queja interna 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 a la Oficina del ombudsman de HHSC al 1-866-566-8989.

## Sección 10.1: Quejas internas

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

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

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

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

* Respondemos la mayoría de las quejas en 30 días calendario.
* Si presenta una queja porque rechazamos su pedido sobre una decisión de “cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le daremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de 24 horas.
* Si presenta una queja porque tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura rápida o de apelación, 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, **le diremos** nuestros motivos. Le responderemos, ya sea que estemos de acuerdo o no con la queja.

## Sección 10.2: Quejas externas

### Usted puede presentar su queja a Medicare

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

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

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

### Usted puede presentar su queja ante Medicaid de Texas

Una vez que haya seguido el proceso de quejas del plan, usted podrá presentar una queja ante la Comisión de salud y servicios humanos de Texas (HHSC) llamando al número gratuito 1-866-566-8989. Si quiere presentar su queja por escrito, por favor envíela por correo a la dirección siguiente:

Texas Health and Human Services Commission

Health Plan Operations - H-320

P.O. Box 85200

Austin, TX 78708-5200

ATTN: Resolution Services

También puede enviar su queja por email a [HPM\_Complaints@hhsc.state.tx.us](mailto:HPM_Complaints@hhsc.state.tx.us).

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

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

Usted puede comunicarse con la Oficina de derechos civiles en:

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

Usted también puede tener derechos según la Ley de estadounidenses con discapacidades y según [plans may insert relevant state law]. Para pedir ayuda, comuníquese con la oficina del Ombudsman de HHSC. El teléfono es 1-866-566-8989.

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

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

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

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

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