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, artículo o medicamento que su plan dijo que no pagará.
* Usted no está de acuerdo con una decisión que tomó su plan acerca de su cuidado.
* Usted cree que sus servicios cubiertos terminan demasiado pronto.

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

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

Usted debe recibir el cuidado de la salud, los medicamentos y los servicios y respaldos a largo plazo que su médico u otros proveedores determinen que son necesarios para su cuidado como parte de su plan de atención. **Si está teniendo un problema con su cuidado, puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632 para recibir ayuda.** Los usuarios de TTY deben llamar al 711. La llamada es gratuita. Este capítulo explica las distintas opciones que tiene para problemas y quejas diferentes. Pero también puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime para que lo guíe con su problema.

Healthy Connections Prime Advocate es el ombudsman para South Carolina. 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 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

[Sección 1: Introducción 4](#_Toc13677712)

[ Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema 4](#_Toc13677713)

[ Sección 1.2: ¿Cuáles son los términos legales? 4](#_Toc13677714)

[Sección 2: Dónde pedir ayuda 5](#_Toc13677715)

[ Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda 5](#_Toc13677716)

[Sección 3: Problemas con sus beneficios 7](#_Toc13677717)

[ Sección 3.1: ¿Usted debería usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O le gustaría presentar una queja? 7](#_Toc13677718)

[Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones 8](#_Toc13677719)

[ Sección 4.1: Panorama general de decisiones de cobertura y apelaciones 8](#_Toc13677720)

[ Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones 8](#_Toc13677721)

[ Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo le ayudará? 9](#_Toc13677722)

[Sección 5: Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D) 12](#_Toc13677723)

[ Sección 5.1: Cuándo usar esta sección 12](#_Toc13677724)

[ Sección 5.2: Como pedir una decisión de cobertura 13](#_Toc13677725)

[ Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D) 15](#_Toc13677726)

[ Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D) 19](#_Toc13677727)

[ Sección 5.5: Problemas de pago 23](#_Toc13677728)

[Sección 6: Medicamentos de la Parte D 26](#_Toc13677729)

[ Sección 6.1: Qué 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](#_Toc13677730)

[ Sección 6.2: ¿Qué es una excepción? 28](#_Toc13677731)

[ Sección 6.3: Cosas importantes que hay que saber sobre cómo pedir una excepción 29](#_Toc13677732)

[ Sección 6.4: Cómo pedir una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción 30](#_Toc13677733)

[ Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para los medicamentos de la Parte D 33](#_Toc13677734)

[ Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para los medicamentos de la Parte D 36](#_Toc13677735)

[Sección 7: Cómo pedirnos cubrir una estadía en el hospital más larga 38](#_Toc13677736)

[ Sección 7.1: Aprender sobre sus derechos de Medicare 38](#_Toc13677737)

[ Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital 39](#_Toc13677738)

[ Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital 41](#_Toc13677739)

[ Sección 7.4: ¿Qué sucederá si dejo pasar la fecha límite de apelación? 42](#_Toc13677740)

[Sección 8: Qué hacer si le parece que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, cuidado de institución de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto 45](#_Toc13677741)

[ Sección 8.1: Le avisaremos por anticipado cuando termine su cobertura 45](#_Toc13677742)

[ Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar su cuidado 46](#_Toc13677743)

[ Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar su cuidado 48](#_Toc13677744)

[ Sección 8.4: ¿Y si deja pasar la fecha límite para hacer su Apelación de nivel 1? 49](#_Toc13677745)

[Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 52](#_Toc13677746)

[ Sección 9.1: Los pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare 52](#_Toc13677747)

[ Sección 9.2: Los pasos siguientes para servicios y artículos de Healthy Connections Medicaid 52](#_Toc13677748)

[Sección 10: Cómo presentar una queja 54](#_Toc13677749)

[ Sección 10.1: Quejas internas 55](#_Toc13677750)

[ Sección 10.2: Quejas externas 56](#_Toc13677751)

Sección 1: Introducción

## Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema

Este capítulo dice qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pago. Medicare y Healthy Connections Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que tanto nosotros como usted debemos seguir.

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

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

Por ejemplo, decimos:

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

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

Sección 2: Dónde pedir ayuda

## Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda

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

### Puede recibir ayuda del Defensor de Healthy Connections Prime

Si necesita ayuda, siempre puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime. El Defensor de Healthy Connections Prime es un programa ombudsman que puede responder a sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer para manejar su problema. El Defensor de Healthy Connections Prime no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con el plan de salud. Este puede ayudarlo a comprender qué proceso usar. El teléfono del Defensor de Healthy Connections Prime es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratis, al igual que los servicios. Para más información sobre los programas de ombudsman, lea el Capítulo 2 [*plan should insert reference, as appropriate*].

### Puede obtener ayuda del Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP)

También puede llamar a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP). Los consejeros del SHIP pueden responder a sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer para manejar su problema. El SHIP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con el plan de salud. SHIP tiene consejeros capacitados en todos los estados y los servicios son gratuitos. En Carolina del Sur, el SHIP es conocido como I-CARE, que significa Asistencia y orientación de seguros y referidos para ancianos. El número de teléfono de I-CARE es 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estas llamadas son gratis, al igual que los servicios.

### Cómo obtener ayuda de Medicare

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

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

### Cómo recibir ayuda de Healthy Connections Medicaid

Puede llamar directamente a Healthy Connections Prime para pedir ayuda con sus problemas. Estas son algunas maneras de obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid:

* Llame a Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. TTY: 1-888-842-3620. La llamada es gratuita.
* Visite el sitio web de Healthy Connections Medicaid ([www.scdhhs.gov](http://www.scdhhs.gov)).

### Cómo obtener ayuda de otros recursos

Puede obtener ayuda de otros recursos, como:

* Teléfono gratuito de protección y defensoría para personas con incapacidades (P&A) al 1-866-275-7273. TTY: 1-866-232-4525.
* Teléfono gratuito de Servicios legales de Carolina del Sur al 1-888-346-5592.
* [Plans may add information for the QIO or other available resources.]

Sección 3: Problemas con sus beneficios

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

Si usted tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo según sus 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.  Vaya a la **Sección 10**: **“Cómo presentar una queja”** en la página <xx>**.** |

Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones

## Sección 4.1: Panorama general de decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones trata con problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye los problemas con el pago.

### ¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cuando decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos.

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

### ¿Qué es una apelación?

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

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

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

Puede pedir ayuda a cualquiera de estas personas:

* Llame a **Servicios al miembro** al <phone number>.
* Llame al **Defensor de Healthy Connections Prime** para recibir ayuda gratis. El Defensor de Healthy Connections Prime ayuda a las personas inscritas en Healthy Connections Prime con problemas con el servicio o la facturación. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
* Llame al **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP),** también conocido como I-CARE en Carolina del Sur, para obtener ayuda gratuita. SHIP es una organización independiente. No está relacionada con este plan. El número de teléfono es 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
* Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden pedir una decisión de cobertura o apelación en su nombre.
* Hable con un **amigo o miembro de su familia** y pídale que actúe por usted. Puede nombrar a otra persona para que actúe por usted, como su "representante", para pedir una decisión de cobertura o apelar.
  + Si quiere que un amigo, pariente, u otra persona sea su representante, llame a Servicios al miembro y pida el formulario “Nombramiento de un representante”. También puede obtener el formulario entrando en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> [plans may also insert: o en nuestro sitio web en <web address **or** link to form>]. El formulario da a la persona permiso para actuar por usted. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
* **También tiene derecho a pedir a un abogado** que actúe por usted. Puede llamar a su propio abogado o puede obtener el nombre de un abogado de la asociación de abogados local u otro servicio de recomendación. Algunos grupos legales le darán servicios legales gratuitos si usted es elegible. Si quiere que un abogado le represente, deberá llenar el formulario de Nombramiento de un representante.
  + Sin embargo, **usted no tiene que tener un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión de cobertura ni para apelar.

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

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

* **La Sección 5 en la página <xx>** le da información si tiene problemas sobre los servicios, artículos y medicamentos (pero **no** los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
  + No está recibiendo la atención médica que usted quiere y usted cree que nuestro plan la cubre.
  + No aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico quiere darle y usted cree que este cuidado debería cubrirse.
* **NOTA:** Solo use la Sección 5 si estos medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos,* también conocida como Lista de medicamentos,que tienen un símbolo [plans should insert symbol used in the Drug List to indicate Healthy Connections Medicaid covered drugs] **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección 6 en la página <xx> para apelaciones para los medicamentos de la Parte D.
  + Recibió cuidado o servicios médicos que cree que deberían estar cubiertos, pero nosotros no pagaremos este cuidado.
  + Usted recibió y pagó por servicios médicos o artículos que usted creía que estaban cubiertos y quiere pedirnos que le devolvamos el pago.
  + Le avisan que la cobertura de atención médica que ha estado recibiendo se reducirá o se interrumpirá, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
* **NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es por cuidado en hospital, cuidado de salud en el hogar, cuidado en una institución de enfermería especializada o servicios en una Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), usted debe leer una sección por separado de este capítulo, porque se aplican reglas especiales para esos tipos de cuidado. Lea las Secciones 7 y 8, en las páginas <xx> y <xx>.
* **La Sección 6 en la página <xx>** le da información sobre medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
  + Quiere pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.
  + Quiere pedirnos que cancelemos los límites de cantidad de medicamento que usted puede obtener.
  + Quiere pedirnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
  + No aprobamos su pedido o excepción y usted o su médico u otro proveedor creen que deberíamos haberlo aprobado.
  + Quiere pedirnos que paguemos un medicamento recetado que ya compró. (Esto es pedir una decisión de cobertura sobre un pago.)
* **La Sección 7 en la página <xx>** le da información sobre cómo pedirnos que cubramos una estadía más larga como paciente interno de hospital si cree que el médico le da de alta demasiado pronto. Use esta sección si:
  + Está en el hospital y cree que el médico le pidió que saliera del hospital demasiado pronto.
* **La** **Sección 8 en la página <xx>** le da información si cree que su cuidado de salud en el hogar, cuidado en una institución de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto.

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

Si necesita otra ayuda o información, por favor llame al Defensor de Healthy Connections Prime, al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

## Sección 5.1: Cuándo usar esta sección

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

Esta sección le dice qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

### Cree que cubrimos servicios médicos, servicios de salud del comportamiento o servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) que necesita pero no está recibiendo.

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

### No aprobamos el cuidado que su médico o proveedor quieren darle, y que usted cree que se lo deberíamos haber dado.

**Lo que puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no aprobar el cuidado. Vaya a la Sección 5.3, en la página <xx>, para obtener información sobre cómo apelar.

### Recibió servicios o artículos que usted cree que cubrimos, pero que no pagaremos.

**Lo que puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Vaya a la Sección 5.3, en la página <xx>, para obtener información sobre cómo apelar.

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

**Lo que puede hacer:** Puede pedirnos que le devolvamos el pago. Vaya a la Sección 5.5, en la página <xx> para obtener información sobre cómo pedirle al plan la devolución de su pago.

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

**Lo que puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender el servicio. Vaya a la Sección 5.3, en la página <xx>, para obtener información sobre cómo apelar.

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

## Sección 5.2: Como pedir una decisión de cobertura

### Cómo pedir una decisión de cobertura para recibir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento o servicios y respaldos de largo plazo (LTSS)

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

* También puede llamarnos al: <phone 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 14 días calendario después de pedirla. Si no le damos nuestra decisión a más tardar en 14 días calendario, puede apelar.

A veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta para decirle que necesitamos tomarnos hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo.

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

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

Sin embargo, a veces necesitaremos más tiempo y, si eso ocurre, le enviaremos una carta para avisarle que tardaremos 14 días calendario más. La carta le dirá por qué necesitamos más tiempo.

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

### Cómo pedir una decisión sobre cobertura rápida:

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

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

Debe cumplir con estos dos requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida:

1. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si está pidiendo cobertura de atención médica o de un artículo que todavía no recibió**. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si es sobre el pago de cuidado médico o un artículo que ya recibió.)
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si usar la fecha límite estándar de 14 días calendario podría causar daños graves a su salud o dañar su capacidad para funcionar**.

* Si su médico dice que necesita una decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente.
* Si nos pide una decisión de cobertura rápida sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si usted obtiene una decisión de cobertura rápida.
  + Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También usaremos la fecha límite estándar de 14 días calendario.
  + Esta carta le dirá que si su médico nos pide la decisión de cobertura rápida, daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
  + La carta le dirá también cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo quejas rápidas, lea la Sección 10, en la página <xx>.

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

Se le aprobará (le daremos autorización previa) para obtener el servicio o artículo a más tardar en 14 días calendario (para una decisión de cobertura estándar) o 72 horas (para una decisión de cobertura rápida) desde que hizo el pedido. Si alargamos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, aprobaremos la cobertura al final de ese período más largo.

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

Si la respuesta es **No**, le enviaremos una carta con los motivos por los cuales dijimos que **No**.

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

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

### ¿Qué es una Apelación?

Una apelación es una manera formal de pedir que revisemos nuestra decisión y que la cambiemos si le parece que hemos cometido un error. Si usted, su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. En todos los casos, usted debe comenzar su apelación en el Nivel 1.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El Defensor de Healthy Connections Prime no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con el plan de salud.

| De un vistazo: Cómo presentar una Apelación de nivel 1  Usted, su médico o su representante pueden presentar una solicitud por escrito y enviárnosla por correo o fax. También puede llamarnos para pedir una apelación.   * Presente la solicitud **en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha de la decisión que está apelando. Si deja pasar la fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar. * Si usted apela porque le dijimos que un servicio que usted recibe actualmente será cambiado o suspendido, **usted tiene menos días para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras que la apelación esté en proceso. * Siga leyendo esta sección para obtener información sobre qué fecha límite se aplica a su apelación. |
| --- |

### ¿Qué es una Apelación de nivel 1?

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

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

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

* Para comenzar su apelación, usted, su médico, otro proveedor o su representante deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al <phone number>. Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros para una apelación, lea el Capítulo 2 [*plans may insert reference, as applicable*].
* Puede pedirnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
* Si usted nos pide una apelación estándar o una apelación rápida, puede apelar por escrito o llamarnos
  + Puede enviar un pedido a la siguiente dirección: <insert address>
  + También puede llamarnos al <toll-free number> para pedir una apelación.

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

### 

### ¿Alguien más puede presentar la apelación por mí?

**Sí**. Su médico u otro proveedor pueden presentar la apelación por usted. Además, otra persona que no sea su médico u otro proveedor puede presentar la apelación por usted, pero primero debe completar un formulario de Nombramiento de un representante. El formulario da a la otra persona permiso para actuar por usted.

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

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

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

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

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

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

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

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

### ¿Mi médico puede darles más información sobre mi apelación?

**Si**, tanto usted como su médico pueden darnos más información para apoyar su apelación.

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

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

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

### ¿Cuándo me enteraré sobre una decisión de apelación "estándar"?

Debemos darle nuestra respuesta a más tardar 15 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 la decisión, le enviaremos una carta explicando por qué necesitamos más tiempo.
* Si usted piensa que no debemos tomar días adicionales podrá presentar una “queja rápida” relacionada con nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo quejas rápidas, lea la Sección 10, en la página <xx>.
* Si no le damos una respuesta a su apelación a más tardar en 15 días calendario o al final de los días adicionales (si los tomamos), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio de Medicare. Le avisaremos cuando pase esto. Si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio de Healthy Connections Medicaid, usted mismo puede 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>.

**Si nuestra respuesta es sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o brindar la cobertura a más tardar 15 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 deMedicare,la carta que le enviaremos le dirá 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 artículo o servicio de Healthy Connections Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una Apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4, en la página <xx>.

### ¿Cuándo me enteraré sobre una decisión de apelación "rápida"?

Si pide una apelación rápida, le daremos su respuesta a más tardar 72 horas después de recibir su apelación. Le daremos nuestra respuesta antes si su enfermedad nos exige hacerlo.

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

**Si nuestra respuesta es sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos autorizar o dar la cobertura a más tardar 72 horas después de recibir su apelación.

**Si nuestra respuesta es no** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo deMedicare,la carta que le enviaremos le dirá 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 artículo o servicio de Healthy Connections Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una Apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4, en la página <xx>.

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

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio que fue aprobado anteriormente, le enviaremos un aviso al menos 10 días antes de tomar alguna acción. Si no está de acuerdo con la acción propuesta, podrá presentar una Apelación de nivel 1 y pedir que continuemos sus beneficios mientras la apelación está pendiente. Usted **tiene que someter su apelación en o antes de la más tarde de las siguientes fechas** para poder continuar con sus beneficios:

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

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

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

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

Le enviaremos una carta si decimos que **No** a todo o parte de su Apelación de nivel 1. Esta carta le informará si el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare y/o Healthy Connections Medicaid.

* Si su problema es sobre un artículo o servicio de **Medicare**, recibirá automáticamente una Apelación de nivel 2 con la Entidad de revisión independiente (IRE) en cuanto la Apelación de nivel 1 esté completa.
* Si su problema es sobre un artículo o servicio de **Healthy Connections Medicaid**, usted mismo puede presentar una Apelación de nivel 2 con la División de apelaciones y audiencias. La carta le informará cómo hacerlo. La información también se encuentra a continuación.
* Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid**, recibirá automáticamente una Apelación de nivel 2 con la IRE para una revisión sobre la cobertura de Medicare. También puede pedir una Apelación de nivel 2 con la División de apelaciones y audiencias para una revisión sobre la cobertura de Medicaid.

### ¿Qué es una Apelación de nivel 2?

Una Apelación de nivel 2 es la segunda apelación, que hace una organización independiente que no está relacionada con el plan. Es la Entidad de revisión independiente (IRE) o la División de apelaciones y audiencias.

### Mi problema es sobre un artículo o servicio de Healthy Connections Medicaid. ¿Cómo presento una Apelación de nivel 2?

Una Apelación de nivel 2 para artículos y servicios de Healthy Connections Medicaid se denomina “audiencia estatal imparcial”. [Plans may insert the following if applicable: Si decimos que No a todo o parte de su Apelación de nivel 1, reenviaremos su caso al Defensor de Healthy Connections Prime. Se comunicarán con usted para ver si quiere solicitar una audiencia estatal imparcial. No es necesario que espere a que el Defensor de Healthy Connections Prime se contacte con usted antes de solicitar una audiencia estatal imparcial.]

Si desea solicitar una audiencia estatal imparcial, debe contactar a la División de apelaciones y audiencias por escrito. Debe pedir una audiencia estatal imparcial **en el plazo de 120 días** calendario después de la fecha de nuestra decisión de Nivel 1, a menos que la División de apelaciones y audiencias extienda la fecha límite para usted.

Puede pedir una audiencia estatal imparcial al completar la solicitud en línea en <https://msp.scdhhs.gov/appeals>.

También puede presentar su solicitud en persona, enviarla por fax al 803-255-8206, o escribir a:

División de apelaciones y audiencias

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur

P.O. Box 8206

Columbia, SC 29202-8206

Si se le otorga una audiencia, la División de apelaciones y audiencias le enviará un aviso por correo con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. Durante la audiencia, un oficial de audiencia imparcial escuchará su explicación sobre por qué no está de acuerdo con nuestra medida. El oficial de la audiencia también escuchará nuestra explicación de la medida tomada. El oficial de la audiencia hará preguntas para obtener la información suficiente para decidir si el caso se manejó adecuadamente.

* La División de apelaciones y audiencias debe darle la decisión de la audiencia dentro del plazo de 90 días calendario desde la fecha en que presentó una apelación con el plan.
* Si califica para una revisión rápida, la División de apelaciones y audiencias le dará una decisión de la apelación en 3 días hábiles.
  + Sin embargo, si la División de apelaciones y audiencias necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, podrá tomar hasta 14 días calendario más.
  + Si la División de apelaciones y audiencias necesita tomar días adicionales para tomar una decisión, le avisará por carta.

### Mi problema es sobre un artículo o servicio de Medicare. ¿Qué sucederá en una Apelación de nivel 2?

Una Entidad de revisión independiente (IRE) hará una revisión cuidadosa de la decisión de Nivel 1 y decidirá si debería cambiarse.

* No es necesario que solicite una Apelación de Nivel 2. Enviaremos automáticamente cualquier rechazo (completo o en parte) a la IRE. Le avisaremos cuando pase esto.
* La IRE es contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
* 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 que recibe su apelación. Esta regla se aplica si envió su apelación antes de obtener servicios médicos o artículos.

* Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, puede tomarse hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, le avisará 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 que pueda beneficiarlo, puede tomarse hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, le avisará por carta.

### ¿Qué sucede si mi artículo o servicio está cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid?

Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid, enviaremos automáticamente su Apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente para una revisión sobre la cobertura de Medicare. También puede presentar una Apelación de nivel 2 a la División de apelaciones y audiencias para una revisión sobre la cobertura de Medicaid. Siga las instrucciones de la página <xx>.

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

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio que había sido aprobado anteriormente, puede pedir que continuemos sus beneficios durante las Apelaciones de nivel 2 en algunos casos.

* Si su problema es sobre un servicio cubierto por Medicare, sus beneficios para ese servicio **no** continuarán durante la Apelación de nivel 2 presentada ante la Entidad de revisión independiente.
* Si su problema es sobre un servicio cubierto por Healthy Connections Medicaid (que incluye un servicio cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid), puede pedir que sus beneficios para ese servicio continúen durante la Apelación de nivel 2 con la División de apelaciones y audiencias. Usted deberá hacer el pedido en el tiempo mencionado abajo o antes, para continuar sus beneficios:
  + Dentro del plazo de 10 días calendario desde la decisión de la Apelación de nivel 1 del plan; o
  + En la fecha de vigencia prevista de la medida.
* Si cumple con esta fecha límite, usted podrá seguir recibiendo el servicio en disputa mientras se procesa su apelación. [*Plans must insert this sentence if they conduct cost recovery:* Si continúan sus beneficios y el resultado final de la apelación confirma nuestra medida, podremos recuperar el costo de los servicios proporcionados mientras la apelación estaba pendiente.]

### ¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si su Apelación de nivel 2 pasó a la División de apelaciones y audiencias, esta le enviará una carta que le explique su decisión.

* Si la División de apelaciones y audiencias dice que **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos autorizar la cobertura a más tardar en 72 horas.
* Si la División de apelaciones y audiencias dice que **No** a una parte o a todo lo que pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión. También se llama rechazar su apelación.

Si su Apelación de nivel 2 pasó a la Entidad de revisión independiente (IRE), esta le enviará una carta que le explique su decisión.

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

### ¿Y si apelé ante la Entidad de revisión independiente y la División de apelaciones y audiencias y las dos toman decisiones diferentes?

Si la Entidad de revisión independiente o la División de apelaciones y audiencias decide que **Sí** para todo o parte de lo que pidió, le daremos el servicio o artículo aprobados que son más cercanos a lo que pidió en su apelación.

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

Si su Apelación de nivel 2 pasó a la División de apelaciones y audiencias, y no está de acuerdo con la decisión del oficial de la audiencia, puede presentar una apelación al Tribunal administrativo. Debe presentar esta apelación en un plazo de 30 días después de haber recibido la notificación de la decisión. Apelar tiene un cargo.

Si su Apelación de nivel 2 pasó a la Entidad de revisión independiente (IRE), usted podrá presentar otra apelación, solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere llega a cierta cantidad mínima. La carta que usted reciba de la IRE le explicará otros derechos de apelación adicionales que usted puede tener.

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

## Sección 5.5: Problemas de pago

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

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

Para obtener más información, comience por leer el Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos [*insert if plan has cost sharing:* nuestra parte de]una factura que recibió por medicamentos o servicios cubiertos. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible pedir que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió de un proveedor. También le dice cómo enviarnos los papeles para pedirnos el pago.

### ¿Puedo pedir que me reembolsen [insert if plan has cost sharing: su parte de] un servicio o artículo que pagué?

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

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

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

### ¿Y si decimos que no pagaremos?

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

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

Si respondemos que **No** a su apelación y el servicio o artículo está generalmente 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 en de acuerdo con nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor a más tardar en 30 días calendario. Si la respuesta para su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que pidió a usted o al proveedor a más tardar en 60 días calendario.
* Si 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 o rechazar su apelación.) La carta que reciba explicará los derechos de apelación adicionales que usted tenga. Usted podrá apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo alcanza cierta cantidad mínima. Lea en la Sección 9, en la página <xx>, más información sobre los niveles de apelación adicionales.

Si respondemos que **No** a su apelación y el artículo o servicio está cubierto generalmente por Healthy Connections Medicaid, puede presentar una Apelación de nivel 2 usted mismo (consulte la Sección 5.4 en la página <xx>).

Sección 6: Medicamentos de la Parte D

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

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son "medicamentos de la Parte D". Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre pero que Healthy Connections Medicaid puede cubrir. **Esta sección se aplica solo a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La Lista de medicamentos incluye algunos medicamentos que tienen un símbolo [plans should insert symbol used in the Drug List to indicate Healthy Connections 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 Drug Listto indicate Healthy Connections Medicaid covered drugs] siguen el proceso de la **Sección 5**, en la página <xx>.

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

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

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

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

* Usted pide que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esto es pedir una decisión de cobertura sobre un pago.

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

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

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

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

## Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?

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

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

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

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

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

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

* Las reglas adicionales y las restricciones a la cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
  + [Omit if plan does not use generic substitution.] Que se le pida usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
  + [Omit if plan does not use prior authorization.] Obtener una aprobación del plan antes de que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento para usted. (Esto se llama a veces autorización previa.)
  + [Omit if plan does not use step therapy.] Que se le pida probar un medicamento diferente antes de que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento que usted está pidiendo. (Esto se llama a veces tratamiento progresivo.)
  + [Omit if plan does not use quantity limits] 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** para pedir la eliminación de una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se llama pedir una **“excepción al formulario”.** |

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

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

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

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

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

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

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

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

| De un vistazo:Cómo pedir una decisión de cobertura sobre un medicamento o un pago  Llame, escriba, o envíenos un fax, o pídale a su representante u otro proveedor que pida una. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar en un plazo de 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso de su medicamento de la Parte D que ya pagó en un plazo de 14 días calendario.   * Si está solicitando una excepción, incluya la declaración de apoyo de su médico u otro proveedor. * Usted, su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas suelen llegar en 24 horas.) * ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También léala para encontrar información sobre fechas límite de decisiones. |
| --- |

### Qué hacer

* Pida el tipo de decisión de cobertura que quiere. Haga su pedido por teléfono, por correo o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro proveedor) pueden hacerlo. Puede llamarnos al <phone number>.
* Usted, su médico (u otro proveedor) o alguien más que esté actuando en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede tener un abogado que actúe a su nombre.
* Lea la Sección 4, en la página <xx>, para saber cómo dar permiso a otra persona para actuar como su representante.
* Usted no necesita dar a su médico u otro proveedor permiso por escrito para pedirnos una decisión de cobertura a su nombre.
* Si quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento, lea el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] de este manual. El Capítulo 7 describe los momentos en los que posiblemente tenga que pedir que le devolvamos su dinero. También le dice cómo enviarnos los papeles para pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento que usted pagó.
* Si está pidiendo una excepción, envíenos la “declaración de apoyo”. Su médico u otro proveedor deben darnos los motivos médicos para la excepción del medicamento. Llamamos a esto la declaración de apoyo.
* Su médico u otro proveedor pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otro proveedor también pueden decirnos por teléfono y después enviar una declaración por fax o por correo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* Debemos darle nuestra respuesta a más tardar 14 días calendario después de recibir su pedido.
* Si no cumplimos 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, le pagaremos a usted a más tardar en 14 días calendario.
* **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta que explique por qué dijimos que **No**. La carta también explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

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

| De un vistazo: Cómo presentar una Apelación de nivel 1  Usted, su médico, su proveedor o su representante pueden presentar una solicitud por escrito y enviárnosla por correo o fax. También puede llamarnos para pedir una apelación.   * Presente la solicitud en un plazo de **60 días calendario** desde la fecha de la decisión que está apelando. Si deja pasar la fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar. * Usted, su médico o proveedor, o su representante, pueden llamarnos para pedirnos una apelación rápida. * ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También léala para encontrar información sobre fechas límite de decisiones. |
| --- |

* Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro proveedor o su representante deben comunicarse con nosotros.
* Si nos escribe para una apelación estándar, puede apelar al enviar un pedido por escrito. También puede llamarnos al <phone number> para pedir una apelación.
* Si quiere una apelación rápida, puede apelar por escrito o puede llamarnos por teléfono.
* Haga su pedido de apelación **a más tardar 60 días calendario** después de la fecha del aviso que le enviamos para informarle nuestra decisión. Si usted deja pasar esta fecha límite por un motivo justificado, posiblemente podamos darle más tiempo para apelar. Por ejemplo, motivos justificados para pasar la fecha límite serían si tiene una enfermedad grave que impidió que se contactara con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

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

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

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

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

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

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

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

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

### Fechas límites para una “apelación rápida”

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

### Fechas límites para una “apelación estándar”

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

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

| De un vistazo: Cómo presentar una Apelación de nivel 2  Si quiere que la Entidad de revisión independiente revise su caso, su pedido de apelación debe ser por escrito.   * Presente la solicitud en un plazo de **60 días calendario** desde la fecha de la decisión que está apelando. Si deja pasar la fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar. * Usted, su médico u otro proveedor, o su representante pueden solicitar la Apelación de nivel 2. * ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También léala para encontrar información sobre fechas límite de decisiones. |
| --- |

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

* Si quiere que la IRE revise su caso, su pedido de apelación debe ser por escrito. La carta que le enviaremos sobre nuestra decisión en la Apelación de nivel 1, explicará cómo solicitar la Apelación de nivel 2.
* 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>.
* Usted tiene derecho a dar a la IRE otra información para apoyar su apelación.
* La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia del gobierno.
* Los revisores de la IRE verán con cuidado toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta que explique su decisión.

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

### Fechas límites para la "apelación rápida" en el Nivel 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Sección 7.1: Aprender sobre sus derechos de Medicare

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

Lea este aviso con cuidado y pregunte si no entiende. El “Mensaje importante” le dice sobre sus derechos como paciente del hospital, incluyendo su derecho a:

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

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

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

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

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

Si quiere que cubramos sus servicios de hospital como paciente interno durante más tiempo, debe pedir una apelación. Una Organización para las mejoras de calidad hará la revisión de la Apelación de nivel 1 para ver si su fecha de alta programada es médicamente adecuada para usted.

En Carolina del Sur, la Organización para las mejoras de calidad se llama KEPRO. Para presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776).

### ¡Llame inmediatamente!

Llame a la Organización para las mejoras de calidad **antes** de salir del hospital y no lo haga después de su fecha de alta programada. “Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos” contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para las mejoras de calidad.

| De un vistazo: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta  Llame a la Organización para las mejoras de calidad de su estado al 1-888-317-0751 y pida una "revisión rápida".  Llame antes de salir del hospital y antes de su fecha de alta programada. |
| --- |

* **Si llama antes de salir**, se le permite quedarse en el hospital después de su fecha de alta programada sin pagar por eso mientras usted recibe la decisión sobre su Apelación que tomará la Organización para las mejoras de calidad.
* **Si usted no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta programada, es posible que tenga que pagar todos los costos por cuidado de hospital que reciba después de su fecha de alta programada.
* **Si deja pasar la fecha límite** para comunicarse con la Organización para las mejoras de calidad sobre su apelación, puede apelar directamente ante nuestro plan. Para conocer los detalles, lea la Sección 7.4, en la página <xx>.

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

* **Si necesita ayuda, pídala.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al miembro al <toll-free number>. También puede llamar a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP), conocido como I-CARE en Carolina del Sur, al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

### ¿Qué es una Organización para las mejoras de calidad?

Es un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de salud que recibe pagos de Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado de personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

### Pida una "revisión rápida"

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

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

### ¿Qué pasa durante la revisión rápida?

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

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

### ¿Y si la respuesta es Sí?

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

### ¿Y si la respuesta es No?

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

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

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

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

En Carolina del Sur, la Organización para las mejoras de calidad se llama KEPRO. Puede contactarse con KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776).

| De un vistazo: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta  Llame a la Organización para las mejoras de calidad de su estado al 1-888-317-0751 y pida otra revisión. |
| --- |

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

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

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

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

Significa que la Organización para las mejoras de 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 las mejoras de calidad rechaza su Apelación de nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía en el hospital después de su fecha de alta programada.

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

Si deja pasar las fechas límites de apelación, hay otra manera de hacer Apelaciones de nivel 1 y nivel 2, llamada Apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

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

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

| De un vistazo: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1  Llame a Servicios al miembro al <toll-free number> (TTY: <TTY number>), <days and hours of operation>. Pida una "revisión rápida" de la fecha de alta del hospital. La llamada es gratuita.  Le daremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas. |
| --- |

* Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Revisamos si la decisión sobre cuándo deberá salir del hospital fue justa y si siguió todas las reglas.
* Usaremos las fechas límites rápidas en lugar de las fechas límites estándar para darle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le daremos nuestra decisión a más tardar 72 horas después de pedir una "revisión rápida".
* **Si decimos que Sí a su revisión rápida,** eso significa que estamos de acuerdo en que usted todavía necesita estar en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos cubriendo los servicios de hospital mientras sigan siendo médicamente necesarios.
* Eso también significa que estamos de acuerdo en devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.
* **Si decimos que No a su revisión rápida,** estamos diciendo que su fecha de alta programada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura para sus servicios de hospital como paciente interno termina el día que dijimos que terminaría la cobertura.
  + Si se quedó en el hospital después de su fecha de alta programada, entonces es posible que **tenga que pagar el costo total** del cuidado de hospital que recibió después de la fecha de alta programada.
* Enviaremos su apelación a la "Entidad de revisión independiente" para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando dijimos **No** a su apelación rápida. Cuando lo hagamos, esto significará que su caso está pasando automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

### Apelación alternativa de nivel 2 para cambiar su fecha de alta de hospital

Enviaremos la información para su Apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) a más tardar 24 horas después de cuando le dimos nuestra decisión de Nivel 1. Si usted piensa que no estamos cumpliendo con esta u otras fechas límites, puede presentar una queja. La Sección 10, en la página <xx>, le dice cómo presentar una queja.

| De un vistazo: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 2  No tiene que hacer nada. El plan envía su apelación automáticamente a la Entidad de revisión independiente. |
| --- |

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

* La IRE hace 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 con cuidado toda la información relacionada con su apelación de su alta de hospital.
* Si la IRE dice que **Sí** a su apelación, entonces debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que usted recibió desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar nuestra cobertura del plan de sus servicios de hospital, siempre y cuando sean médicamente necesarios.
* Si la IRE dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta de hospital programada era médicamente adecuada.
* La carta que recibirá de la IRE le dirá qué puede hacer si decide seguir con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo entrar en una Apelación de nivel 3, llevada por un juez. Lea en la Sección 9, en la página <xx>, más información sobre las Apelaciones de nivel 3.

Sección 8: Qué hacer si le parece que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, cuidado de institución de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto

Esta sección es solo 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 un Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.
  + Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene derecho a seguir recibiendo servicios cubiertos mientras el médico diga que lo necesita.
  + Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos tipos de cuidado, debemos avisarle antes de que sus servicios terminen. Cuando termine su cobertura para ese cuidado, dejaremos de pagar su cuidado.

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

## Sección 8.1: Le avisaremos por anticipado cuando termine su cobertura

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

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

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

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

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

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

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

* **Cumpla las fechas límites.** Las fechas límites son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límites que se aplican a cosas que usted debe hacer. También hay fechas límites que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límites, puede presentar una queja. La Sección 10, en la página <xx>, le dice cómo presentar una queja.)
* **Si necesita ayuda, pídala.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al miembro al <phone number>. O llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, conocido como I-CARE en Carolina del Sur, al 1-800-868-9095.

| De un vistazo: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para pedirle al plan que continúe su cuidado  Llame a la Organización para las mejoras de calidad de su estado al 1-888-317-0751 y pida una "apelación de vía rápida".  Llame antes de irse de la agencia o centro que está brindando el cuidado y antes de la fecha de alta programada. |
| --- |

Durante una Apelación de nivel 1, la Organización para las mejoras de calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que tomamos. En Carolina del Sur, la Organización para las mejoras de calidad se llama KEPRO. Puede contactarse con KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776).En la “Notificación de no cobertura de Medicare” encontrará información sobre cómo apelar ante la Organización para las mejoras de calidad. Este es el aviso que recibió cuando se le dijo que dejaríamos de cubrir sus cuidados.

### ¿Qué es una Organización para las mejoras de calidad?

Es un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de salud que recibe pagos de Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado de personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

### ¿Qué debería pedir?

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

### 

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

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

|  |
| --- |
| **El término legal** de la notificación escrita 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), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O lea una copia en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>. |

### ¿Qué sucederá durante la revisión que haga la Organización para las mejoras de calidad?

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

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

### 

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

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

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

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

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

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

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

| De un vistazo: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para pedirle al plan que cubra su cuidado por más tiempo  Llame a la Organización para las mejoras de calidad de su estado al 1-888-317-0751 y pida otra revisión.  Llame antes de irse de la agencia o centro que está brindando el cuidado y antes de la fecha de alta programada |
| --- |

En Carolina del Sur, la Organización para las mejoras de calidad se llama KEPRO. Puede contactarse con KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776). Pida la revisión de Nivel 2 **a más tardar 60 días calendario** después del día en que la Organización para las mejoras de calidad dijo que **No** a su Apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

* Los revisores de la Organización para las mejoras de calidad verán otra vez con cuidado toda la información relacionada con su apelación.
* La Organización para las mejoras de calidad tomará su decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido de apelación.

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

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

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

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

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

Si deja pasar las fechas límites de apelación, hay otra manera de hacer Apelaciones de nivel 1 y nivel 2, llamada Apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

| De un vistazo: Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 1  Llame a Servicios al miembro al <toll-free number> (TTY: <TTY number>), <days and hours of operation>. Pida una "revisión rápida". La llamada es gratuita.  Le daremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas. |
| --- |

### Apelación alternativa de nivel 1 para continuar su cuidado por más tiempo

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

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

Enviaremos su apelación a la "Entidad de revisión independiente" para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando dijimos **No** a su apelación rápida. Cuando lo hagamos, esto significará que su caso está pasando automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

### Apelación alternativa 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 piensa que no estamos cumpliendo con esta u otras fechas límites, puede presentar una queja. La Sección 10, en la página <xx>, le dice cómo presentar una queja.

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

| De un vistazo: Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 2 para pedir que el plan continúe el cuidado  No tiene que hacer nada. El plan envía su apelación automáticamente a la Entidad de revisión independiente. |
| --- |

* La IRE hace 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 verán con cuidado toda la información relacionada con su apelación.
* **Si la IRE dice que Sí** a su apelación,entonces debemos devolverle nuestra parte de los costos de cuidado. También debemos continuar la cobertura de nuestro plan de sus servicios mientras sea médicamente necesario.
* **Si la IRE dice que No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que interrumpir la cobertura de los servicios fue médicamente adecuado.

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

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

## Sección 9.1: Los pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare

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

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

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

Si necesita asistencia en cualquier etapa del proceso de apelaciones, puede contactar al Defensor de Healthy Connections Prime. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

## Sección 9.2: Los pasos siguientes para servicios y artículos de Healthy Connections Medicaid

Si hizo una Apelación de nivel 1 y una Apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Healthy Connections Medicaid y ambas apelaciones fueron rechazadas, usted tiene derecho a niveles adicionales de apelación. Si tiene preguntas después de su Apelación de nivel 2, contacte al Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Este defensor le explicará sus opciones y siempre actuará para su beneficio.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia en un Tribunal administrativo (ALC). Si desea una audiencia en un ALC, comience por completar el formulario de "Solicitud de audiencia de caso impugnado" disponible en <http://www.scalc.net/pub/pubRequestForContestedCaseHearing.pdf>. Debe presentar este formulario a más tardar 30 días después de haber recibido la notificación de la decisión de Nivel 2. Apelar tiene un cargo de $25. Si no puede pagar este cargo, puede presentar una "Solicitud de excepción para pagar el cargo administrativo". Puede encontrar este formulario en <http://www.scalc.net/pub/pubRequestToWaiveFilingFee.pdf>.

Si está apelando una decisión de Nivel 2 tomada por audiencia, usted será responsable del costo de la transcripción de la audiencia. Una transcripción es un registro escrito de la audiencia. El costo de la transcripción es de aproximadamente $16 por cada hora que la persona encargada tarde en escribir la transcripción.

Las reglas para apelar ante el ALC están en <http://www.scalc.net/rules.aspx>. Si no sigue las reglas, es posible que su apelación sea descartada.

Sección 10: Cómo presentar una queja

¿Qué tipos de problemas deberían causar una queja?

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

| De un vistazo*:* Cómo presentar una queja  Puede presentar una queja interna con nuestro plan y/o una queja externa con una organización que no tenga relación con nuestro plan.  Para presentar una queja interna, llame a Servicios al miembro o envíenos una carta.  Hay diferentes organizaciones que manejan quejas externas. Para obtener más información, lea la Sección 10.2, en la página <xx>. |
| --- |

Quejas sobre calidad

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

Quejas sobre privacidad

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

Quejas sobre mal servicio al cliente

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

Quejas sobre accesibilidad

* Si no puede acceder físicamente a los servicios de cuidado de la salud y a las instalaciones en un consultorio médico o de un proveedor.
* Su proveedor no le ofrece adaptaciones razonables necesarias para usted, como un Intérprete de idioma de señas estadounidense.

Quejas sobre los tiempos de espera

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

Quejas sobre limpieza

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

Quejas sobre el acceso a idiomas

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

Quejas sobre nuestras comunicaciones

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

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

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

|  |
| --- |
| **El término legal** para una "queja" es una **"reclamación".**  **El término legal** para “presentar una queja” es **“presentar una reclamación”.** |

¿Hay tipos diferentes de quejas?

**Sí**. Usted puede presentar una queja interna y/o externa. Una queja interna se presenta ante el plan y este la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada con nuestro plan, quien la revisa. Para más información sobre quejas internas, lea la siguiente sección. Para más información sobre quejas externas, lea la Sección 10.2, en la página <xx>.

Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, usted puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime, al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

## Sección 10.1: Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios al miembro al <phone number>. Puede presentar la queja en cualquier momento a menos que sea sobre un medicamento de la Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D, debe presentarla **a más tardar 60 días calendario** después de tener el problema del que se quiere quejar.

* Servicios al miembro le dirá si hay alguna otra cosa que usted tenga que hacer.
* Usted también puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
* [Insert additional description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint, including a fast complaint.]

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

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

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

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

## Sección 10.2: Quejas externas

### Usted puede informar a Medicare sobre su queja

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

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

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

### Puede informar al Defensor de Healthy Connections Prime sobre su queja

Puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime para informarle sobre su queja. No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni un plan de salud. El teléfono del Defensor de Healthy Connections Prime es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratis, al igual que los servicios. Para más información, también puede visitar [www.healthyconnectionsprimeadvocate.com](http://www.healthyconnectionsprimeadvocate.com).

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

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

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

Oficina de Derechos Civiles

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70

61 Forsyth Street, S.W.

Atlanta, GA 30303-8909

Teléfono: (800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697

Fax: (202) 619-3818

Usted también puede tener derechos bajo la Ley para estadounidenses incapacitados y bajo la ley estatal. Usted puede comunicarse con el Defensor de Healthy Connections Prime para obtener ayuda. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

### Usted puede presentar una queja ante la Organización para las mejoras de calidad

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

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

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

En Carolina del Sur, la Organización para las mejoras de calidad se llama KEPRO. El número de teléfono de KEPRO es 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776).