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

[Plans that integrate the description of Medicare and Medicaid processes must revise the sections of this chapter as needed to clearly describe the appeals and grievance processes.]

[Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "ver Capítulo 9, Sección A, página 1". An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

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

¿Qué hay en este capítulo?

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

* Usted tiene un problema o una queja sobre su plan.
* Usted necesita un servicio, suministro o medicamento y su plan ha dicho que no lo pagará.
* Usted no está de acuerdo con una decisión tomada por su plan sobre su cuidado.
* Usted cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.
* **Si usted tiene un problema o una inquietud, sólo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación.** Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar con facilidad la información que está buscando.

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

Usted debería recibir el cuidado de salud, los medicamentos y los servicios a largo plazo y respaldos que su doctor y otros proveedores consideren necesarios como parte del plan de cuidado de su salud. **Si está teniendo un problema con su cuidado, puede llamar a la Línea de ayuda para personas de la tercera edad al 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327.** Este capítulo explica las opciones que usted tiene para atender distintos problemas y quejas. Sin embargo, siempre que lo necesite, usted podrá llamar a la Línea de ayuda para personas de la tercera edad y solicitar orientación mientras se resuelve su problema. La Línea de ayuda para personas de la tercera edad, le proporcionará ayuda a cualquier persona que esté inscrita en este plan, sin importar su edad. Para recursos adicionales para atender sus preocupaciones y las maneras de contactarlos, lea el Capítulo 2 [*plan should insert reference, as appropriate*] para más información sobre programas de ombudsman.

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

Tabla de contenido

[¿Qué hay en este capítulo? 1](#_Toc13851970)

[Si usted está teniendo un problema con su salud o con sus servicios y respaldos a largo plazo 1](#_Toc13851971)

[Sección 1: Introducción 5](#_Toc13851972)

[ Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema 5](#_Toc13851973)

[ Sección 1.2: ¿Cuáles son los términos legales? 5](#_Toc13851974)

[Sección 2: Adónde llamar para pedir ayuda 6](#_Toc13851975)

[ Sección 2.1: Adónde obtener más información y ayuda 6](#_Toc13851976)

[Sección 3: Problemas con sus beneficios 8](#_Toc13851977)

[ Sección 3.1: ¿Usted debería usar el proceso para decisiones sobre cobertura y apelaciones? O ¿desea presentar una queja? 8](#_Toc13851978)

[Sección 4: Decisiones sobre cobertura y apelaciones 9](#_Toc13851979)

[ Sección 4.1: Resumen de decisiones sobre cobertura y apelaciones 9](#_Toc13851980)

[ Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con las decisiones sobre cobertura y apelaciones 9](#_Toc13851981)

[ Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle? 10](#_Toc13851982)

[Sección 5: Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D) 13](#_Toc13851983)

[ Sección 5.1: Cuándo usar esta sección 13](#_Toc13851984)

[ Sección 5.2: Como pedir una decisión sobre cobertura 14](#_Toc13851985)

[ Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (pero no para medicamentos de la Parte D) 16](#_Toc13851986)

[ Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (pero no para medicamentos de la Parte D) 20](#_Toc13851987)

[ Sección 5.5: Problemas de pagos 25](#_Toc13851988)

[Sección 6: Medicamentos de la Parte D 27](#_Toc13851989)

[ Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D 27](#_Toc13851990)

[ Sección 6.2: ¿Qué es una excepción? 28](#_Toc13851991)

[ Sección 6.3: Qué debe saber cuando pide una excepción 30](#_Toc13851992)

[ Sección 6.4: Cómo pedir una decisión sobre cobertura de un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción 31](#_Toc13851993)

[ Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para Medicamentos de la Parte D 34](#_Toc13851994)

[ Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D 36](#_Toc13851995)

[Sección 7: Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital 38](#_Toc13851996)

[ Sección 7.1: Para saber sobre sus derechos de Medicare 38](#_Toc13851997)

[ Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital 39](#_Toc13851998)

[ Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital 41](#_Toc13851999)

[ Sección 7.4: ¿Qué sucederá si pierdo la fecha límite para apelar? 42](#_Toc13852000)

[Sección 8: Qué hacer si cree que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) terminarán demasiado pronto 45](#_Toc13852001)

[ Sección 8.1: Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura 45](#_Toc13852002)

[ Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar su cuidado 46](#_Toc13852003)

[ Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar su cuidado 48](#_Toc13852004)

[ Sección 8.4: ¿Y si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de nivel 1? 49](#_Toc13852005)

[Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 51](#_Toc13852006)

[ Sección 9.1: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare 51](#_Toc13852007)

[ Sección 9.2: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicaid 51](#_Toc13852008)

[Sección 10: Cómo presentar una queja 52](#_Toc13852009)

[ Sección 10.1: Quejas internas 53](#_Toc13852010)

[ Sección 10.2: Quejas externas 54](#_Toc13852011)

# Sección 1: Introducción

## Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema

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

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

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

Por ejemplo, decimos:

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

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

# Sección 2: Adónde llamar para pedir ayuda

## Sección 2.1: Adónde obtener más información y ayuda

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

### Usted puede obtener ayuda de la Línea de ayuda para personas de la tercera edad

Si usted necesita ayuda, puede llamar a la Línea de ayuda para personas de la tercera edad. La Línea de ayuda tiene un programa ombudsman que le responderá sus preguntas y le ayudará a comprender qué hacer para resolver su problema. La Línea de ayuda para personas de la tercera edad no está conectada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de seguro de salud. La Línea de ayuda para personas de la tercera edad podrá ayudarle a comprender qué proceso usar. El teléfono de la Línea de ayuda para personas de la tercera edad es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327. Usted puede llamar a la Línea de ayuda para personas de la tercera edad de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La llamada y la ayuda son gratuitas y están disponibles sin importar su edad. Para más información sobre los programas de ombudsman, lea el Capítulo 2 [*plan should insert reference, as appropriate*].

### Usted puede obtener ayuda del Programa de seguros de la salud para personas de la tercera edad (SHIP)

Usted también puede llamar al Programa de seguros de la salud para personas de la tercera edad (SHIP). Los consejeros de SHIP podrán responder a sus preguntas y ayudarle a comprender qué hacer para solucionar su problema. Además podrán ayudarle, sin importar su edad. El programa SHIP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de cuidado de la salud. El teléfono de SHIP es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.

### Cómo obtener ayuda de Medicare

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

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

### Cómo obtener ayuda de Medicaid

Usted puede llamar directamente al Estado de Illinois para solicitar ayuda con sus problemas. Llame a la Línea de ayuda de beneficios de salud del Departamento de cuidados de salud y servicios familiares de Illinois, al 1-800-226-0768, TTY: 877-204-1012, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:45 p.m. La llamada es gratuita.

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

# Sección 3: Problemas con sus beneficios

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

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

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

# Sección 4: Decisiones sobre cobertura y apelaciones

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

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

### ¿Qué es una decisión sobre cobertura?

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

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

### ¿Qué es una apelación?

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

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

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

Usted podrá pedirle ayuda a cualquiera de las siguientes personas:

* Llame a **Servicios al miembro** al <phone number>.
* Llame a la **Línea de ayuda de Programa Dental del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud y de la Familia de Illinois** para pedir ayuda gratuita, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:45 p.m. Ellos le proporcionan ayuda a las personas inscritas en Medicaid que tienen problemas. El número de teléfono es:   
  1-800-226-0768, TTY: 1-877-204-1012.
* Llame a la **Línea de ayuda para personas de la tercera edad** para obtener ayuda gratuita, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La Línea de ayuda para personas de la tercera edad le ayudará a cualquier persona, de cualquier edad, que esté inscrita en este plan. La Línea de ayuda para personas de la tercera edad es una organización independiente y no está conectada con este plan. El número de teléfono es: 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327.
* Hable con **su médico o con otro proveedor**. Su médico u otro proveedor podrán pedir una decisión sobre cobertura o presentar una apelación en su nombre y actuar como su representante.
* Si quiere que su médico u otro proveedor sea su representante, llame a Servicios al miembro y pida el formulario de “Nombramiento de un representante”. También podrá obtener este formulario entrando en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> [plans may also insert: o en nuestro sitio web en <web address **or** link to form>]. Este formulario autoriza a la persona a actuar en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
  + Tenga en cuenta que según el programa de Medicare, su doctor u otro proveedor podrán presentar una apelación sin tener que llenar el formulario de “Nombramiento de un representante”.
* Hable con un **amigo o miembro de su familia** y pídale que actúe en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su “representante” para pedir una decisión sobre cobertura o para apelar.
  + Si usted desea que un amigo, un pariente u otra persona sea su representante llame a Servicios al miembro y pida el formulario de “Nombramiento de un representante”.
  + También podrá obtener este formulario entrando en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> [plans may also insert: o en nuestro sitio web en <web address **or** link to form>]. Este formulario autoriza a la persona a actuar en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
* **Usted también tiene derecho de pedirle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su propio abogado o conseguir el nombre de un abogado de la asociación local de abogados u otro servicio de referencias. Algunos grupos legales le darán servicios legales gratuitos, si usted es elegible. Si quiere que un abogado le represente, deberá llenar el formulario de Nombramiento de un representante.
  + Sin embargo, **usted no tiene que tener un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión sobre cobertura ni para apelar.

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

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

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

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

Si necesita ayuda o información, por favor llame a la Línea de ayuda para personas de la tercera edad, al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327), de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La llamada y la ayuda son gratuitas.

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

## Sección 5.1: Cuándo usar esta sección

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

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

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

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

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

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

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

**Qué puede hacer:** Usted podrá apelar nuestra decisión de no pagar. Vaya a la Sección 5. 3 en la página <xx> para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

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

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

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

## Sección 5.2: Como pedir una decisión sobre cobertura

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

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

* Llámenos al: <phone number>, TTY: <phone number>
* Envíenos un fax al: <phone number>
* Escríbanos a: <insert address>

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

Generalmente toma hasta 14 días calendario después de pedirla. Si no le informamos sobre nuestra decisión a más tardar en 14 días calendario, puede apelar.

A veces necesitaremos más tiempo y le enviaremos una carta para decirle que tardaremos 14 días calendario más. La carta le dirá por qué necesitamos 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:

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

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

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

1. Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida **solamente si está pidiendo algún cuidado o un artículo que aún no ha recibido**. (Usted no podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida si su solicitud tiene que ver con un pago por cuidados médicos o un artículo que recibió.)
2. Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida **solamente si el tiempo estándar de 14 días calendario podría causar daños serios a su salud o afectar su habilidad para desempeñarse.**

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

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

Usted tendrá la aprobación (pre-autorización) para recibir el servicio o artículo a más tardar en 14 días calendario (para una decisión sobre cobertura estándar) o en 72 horas (para una decisión sobre cobertura rápida) a partir del momento de su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión sobre cobertura, le aprobaremos la cobertura al final de ese período adicional.

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

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

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

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

### ¿Qué es una apelación?

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

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, usted puede llamar a la Línea de ayuda para personas de la tercera edad, al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327) de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La Línea de ayuda para las personas de la tercera edad no está relacionada con nosotros, ni con cualquier compañía se seguros ni con el plan de cuidados de salud. La llamada y la ayuda son gratuitas

| En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1  Usted, su médico o su representante pueden hacer su pedido por escrito y enviárnoslo por correo o por fax. Usted también puede pedir una apelación llamándonos.   * Pídala **a más tardar 60 días** después de la decisión que está apelando. Si usted pierde una fecha límite por algún motivo justificado, usted todavía podrá apelar. * Si usted apela porque le dijimos que un servicio de Medicaid que usted recibe actualmente sería cambiado o suspendido, usted tiene **10 días calendario** para apelar, si quiere seguir recibiendo ese servicio de Medicaid mientras su apelación está en proceso. * Siga leyendo esta sección para saber qué fecha límite se aplica a su apelación. |
| --- |

### ¿Qué es una Apelación de nivel 1?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tenga en cuenta que según el programa Medicare, su médico u otro proveedor podrán presentar una apelación sin el formulario de Nombramiento de un representante.

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

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

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

**NOTA:** Si usted apela porque le dijimos que un servicio de Medicaid que usted recibe actualmente sería cambiado o suspendido, usted tiene **10 días calendario** para apelar, si quiere seguir recibiendo ese servicio de Medicaid mientras su apelación está en proceso. Lea **"**¿Mis beneficios continuarán durante las apelaciones de Nivel 1?**"** en la página <xx> para obtener más información.

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

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

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

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

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

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

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

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

Le debemos dar nuestra respuesta a más tardar en 15 días laborales después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión más pronto, si su enfermedad nos lo exige.

* Sin embargo, si nos pide más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomar días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta que explique por qué necesitamos más tiempo.
* Si usted piensa que no debemos tomar días adicionales podrá presentar una “queja rápida” relacionada con nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de 24 horas. Puede encontrar más información sobre el proceso de presentación de quejas en la Sección 10 en la página <xx>.
* Si no le damos una respuesta a su apelación a más tardar en 15 días laborales o al final de los días adicionales (si los tomamos), su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid. Nosotros le avisaremos cuando esto ocurra. Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto sólo por Medicaid, usted mismo podrá presentar una Apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de nivel 2, vea la Sección 5.4 en la página <xx>.

**Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle esa coberturadentro de 72 horas después de responderle.

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

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

Si usted presenta una apelación rápida, le dejaremos saber dentro de 24 horas a partir del momento en que recibamos su solicitud si necesitamos más información para decidir sobre su apelación. Tomaremos una decisión sobre su apelación rápida dentro de 24 horas después de recibir toda la información requerida que usted envíe.

* 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 que explique por qué necesitamos más tiempo.
* Si usted piensa que no debemos tomar días adicionales podrá presentar una “queja rápida” relacionada con nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de 24 horas. Puede encontrar más información sobre el proceso de presentación de quejas en la Sección 10 en la página <xx>.
* Si no le damos una respuesta a su apelación dentro de 24 horas después de haber recibido toda la información requerida o al terminar los días adicionales (si los tomamos), enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones, si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid. Le notificarán cuando esto ocurra. Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto sólo por Medicaid, usted mismo podrá presentar una apelación de Nivel 2. Para saber más sobre el proceso de Apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4 en la página <xx>.

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

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

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

* Si su problema es sobre un servicio cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán durante el proceso de Apelación del nivel 1.
* Si su problema es sobre un servicio cubierto sólo por Medicaid, sus beneficios para ese servicio no continuarán, a menos que usted pida que el plan continúe cubriendo sus beneficios cuando usted presente su apelación. Usted deberá presentar su apelación y pedir continuar recibiendo beneficios dentro de un periodo de 10 días calendario, después de haber recibido la Notificación de negativa de cobertura médica. Si usted pierde la apelación, es posible que usted tenga que pagar por el servicio.

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

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

* Si decimos **No** a todo o parte de su Apelación en el nivel 1, le enviaremos una carta en la que se le dirá si el servicio o artículo está generalmente cubierto por Medicare y/o Medicaid.
* Si su problema es sobre un servicio o artículo de **Medicare**, usted obtendrá automáticamente una Apelación de nivel 2 ante una Entidad de revisión independiente (IRE), tan pronto como termine la Apelación de nivel 1.
* Si su problema es sobre un servicio o artículo de **Medicaid**, usted podrá presentar una Apelación de nivel 2 ante la oficina de Audiencias justas del Estado. En la carta se le dirá cómo hacerlo. La información también aparece más adelante.
* Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría ser cubierto por **Medicare y Medicaid**, usted obtendrá automáticamente una Apelación de nivel 2 ante la IRE. Si ellos también deciden decir que **No** a su apelación, usted podrá presentar otra Apelación de nivel 2 en la oficina de Audiencias justas del Estado.

### ¿Qué es una Apelación de nivel 2?

Una Apelación de nivel 2 es la segunda apelación hecha por una organización independiente que no está relacionada con el plan. Puede ser una Entidad de revisión independiente (IRE) o una oficina de Audiencias justas del Estado para casos de Medicaid.

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

El Nivel 2 del proceso de apelaciones por servicios de Medicaid es una Audiencia justa del Estado. Usted deberá solicitar, por escrito o por teléfono una Audiencia justa del Estado a más tardar en **120 días calendario**, de la fecha en que enviamos la carta de decisión sobre su Apelación de nivel 1. En la carta se le dirá dónde presentar su solicitud para solicitar una audiencia.

* Si usted desea solicitar una Audiencia justa del Estado, sobre un suministro o servicio estándar de Medicaid, la exención para personas de la tercera edad (el Programa de cuidado en la comunidad o CCP) o la exención por vivir en residencia asistida, presente su apelación por escrito o por teléfono a:

|  |  |
| --- | --- |
| POR CORREO | Illinois Healthcare and Family Services  Bureau of Administrative Hearings  Fair Hearings Section  69 West Washington, 4th Floor  Chicago, Illinois 60602 |
| POR TELÉFONO | 855-418-4421 (sin costo) |
| POR TTY | 800-526-5812 |
| POR FAX | 312-793-2005 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [HFS.FairHearings@Illinois.gov](mailto:HFS.FairHearings@Illinois.gov) |

* Si usted desea solicitar una Audiencia justa del Estado sobre la exención para personas con discapacidades, exención por una lesión cerebral traumática, exención por VIH/SIDA (Programa de Servicios en el hogar o HSP), presente su apelación por escrito o por teléfono a:

|  |  |
| --- | --- |
| POR CORREO | Department of Human Services  Bureau of Hearings  69 West Washington, 4th Floor  Chicago, Illinois 60602 |
| POR TELÉFONO | 800-435-0774 (sin costo) |
| POR TTY | 877-734-7429 |
| POR FAX | 312-793-8573 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | DHS.HSPAppeals@Illinois.gov |

La audiencia será llevada a cabo por un Oficial autorizado de Audiencias imparciales para supervisar las Audiencias justas del Estado.

* Usted recibirá una carta de la oficina de Audiencias diciéndole la fecha, hora y lugar de la audiencia. En la carta, también le proporcionarán información detallada sobre dicha audiencia. Es importante que usted lea la carta con atención.
* Por lo menos tres días laborales antes de la audiencia, usted recibirá un paquete de información de nuestro plan. Este paquete incluirá toda la evidencia que presentaremos en la audiencia. Este mismo paquete será enviado al Oficial de audiencias imparciales.
* Usted deberá informarle a la Oficina de audiencias si necesita algún tipo de adaptación del lugar razonable.
* Si debido a su discapacidad usted no puede participar en persona en la oficina local, usted puede pedir que su participación sea por teléfono. Por favor proporcione al personal de audiencias el número de teléfono donde le puedan encontrar.
* Usted deberá proporcionar toda la evidencia que presentará en la audiencia al Oficial de audiencias imparciales, por lo menos tres días antes de la audiencia. Esto incluirá una lista de todos los testigos que se presentarán, así como todos los documentos que usted utilizará.
* La audiencia será grabada.

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

Si respondemos que **No** a su Apelación de nivel 1 y el servicio o artículo usualmente está cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid, usted tendrá **automáticamente** una Apelación de nivel 2 de la Entidad de revisión independiente (IRE). La IRE revisará cuidadosamente la decisión de Nivel 1 y decidirá si debe ser cambiada.

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

La IRE debe dar una respuesta a su Apelación de nivel 2 a más tardar en 30 días calendario después de recibir su apelación. Esta regla corresponde si envió su apelación antes de obtener servicios médicos o artículos.

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

Si 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 en 72 horas después de recibir su apelación.

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

### ¿Cómo sabré cuál es la decisión?

Si su Apelación de nivel 2 fue con una Audiencia justa del Estado, la oficina de Audiencias justas del Estado le enviará una carta explicándole su decisión. Esta carta se llama “Decisión Administrativa Final”.

* Si la oficina de Audiencias justas del Estado responde que **Sí** a todo o parte de lo que usted pidió, debemos aprobar o proporcionar la cobertura médica tan pronto como lo requiera su salud
* Si la oficina de Audiencias justas del Estado responde que **No** a todo o a parte de lo que usted pidió, esto significa que están de acuerdo con la decisión en el Nivel 1. Eso se llama "confirmar la decisión". También se llama “rechazar su apelación”.

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

* Si la IRE responde que **Sí** a una parte o a todo lo que usted pidió en su apelación estándar, debemos aprobarle el servicio o artículo a más tardar en 72 horas o proporcionárselo dentro de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si usted presentó una apelación rápida debemos autorizar la cobertura del cuidado médico o darle el servicio o artículo a más tardar en 72 horas a partir 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 usted pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Apelación de nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

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

Si su apelación de Nivel 2 fue enviada a la oficina de Audiencias justas del Estado y usted no está de acuerdo con la decisión, no podrá presentar otra apelación sobre el mismo asunto ante la oficina de Audiencias justas del Estado. La decisión podrá ser revisada únicamente a través del Circuito de Tribunales del Estado de Illinois.

Si su Apelación de nivel 2 fue dirigida a la Entidad de revisión independiente (IRE), usted podría apelar nuevamente en ciertos casos:

* Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por **Medicare y Medicaid**, usted podrá presentar otra Apelación de nivel 2 ante la oficina de Audiencias justas del Estado. Después de que la IRE tome su decisión le enviaremos una carta informándole sobre su derecho a pedir una Audiencia justa del Estado. Vaya a la página <page number> para obtener información sobre el proceso de Audiencias justas del Estado.
* Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por **Medicare o por Medicare y Medicaid**, usted podrá apelar después del Nivel 2, sólo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted desea cumple con cierta cantidad mínima. En la carta que recibirá de la IRE se le explicarán los derechos adicionales de apelación que usted podría tener.

Vea la Sección 9 en la página <xx> para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

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

Es posible.

* Si su problema es sobre un servicio cubierto únicamente por Medicare, sus beneficios para recibir ese servicio **no** continuarán durante el proceso de apelación del Nivel 2 presentado ante la IRE.
* Si su problema es sobre un servicio cubierto únicamente por Medicaid, sus beneficios para recibir ese servicio continuarán si usted presenta una Apelación de nivel 2   
  a más tardar en 10 días calendario después de haber recibido la carta con la decisión tomada por el plan.
* Si su problema es sobre un servicio cubierto por Medicare y Medicaid, sus beneficios para recibir ese servicio continuarán durante el proceso de Apelación de nivel 2 ante la IRE. Y si usted presenta la apelación ante la oficina de Audiencias justas del Estado después que la IRE haya tomado una decisión, y le gustaría que sus servicios permanezcan en su lugar durante el proceso de Audiencias justas del Estado, debe pedirles que permanezcan en su lugar, y debe preguntar a más tardar en 10 días calendario de la notificación de la IRE.

## Sección 5.5: Problemas de pagos

No permitimos a los proveedores de la red que le cobren por sus servicios o artículos cubiertos. Esto es cierto aunque paguemos al proveedor menos de lo que el proveedor cobró por un servicio o artículo. Usted no tiene que pagar el saldo de ninguna factura. [Plans with cost sharing insert: La única cantidad que se le puede pedir que pague es el copago por [insert service, item, and/or drug categories that require a copay]].

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

Para obtener más información, comience leyendo el Capítulo 7 de este manual: “Cómo pedirnos que paguemos [*plans with cost sharing, insert:* nuestra parte de] una factura que usted haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos.” Además se le indica cómo enviar los documentos para pedirnos que cubramos tales pagos.

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

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

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

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

### ¿Y si decimos que no pagaremos?

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

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

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

* Si la IRE no está de acuerdo con nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor a más tardar en 30 días calendario. Si la respuesta para su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que pidió a usted o al proveedor, a más tardar en 60 días calendario.
* Si la IRE dice que **No** a su apelación, eso significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación.”) En la carta que reciba se le explicarán los derechos de apelación adicionales que usted podría tener.

Si respondimos que **No** a su apelación y el servicio o artículo está cubierto regularmente por Medicaid solamente, usted podrá presentar una Apelación de nivel 2 (vea la Sección 5.4 en la página <xx>).

# Sección 6: Medicamentos de la Parte D

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Qué hacer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| En resumen:Cómo presentar una Apelación de nivel 1  Usted, su médico, profesional autorizado o su representante pueden hacer su pedido por escrito y enviarlo por correo o por fax. También puede llamarnos para apelar.   * Haga su solicitud **dentro de** **60 días calendario,** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar. * Usted, su médico o profesional autorizado o su representante pueden llamarnos para una apelación rápida. * ¡Lea este capítulo para saber si es elegible para una decisión rápida! También encontrará información sobre fechas límites para las decisiones. |
| --- |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Fechas límite para una “apelación rápida”

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

### Fechas límite para una “apelación estándar”

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

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

| En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 2  Si quiere que la Entidad de revisión independiente (IRE) revise su caso, debe apelar por escrito.   * Pregunte **a más tardar en 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un buen motivo, todavía podría apelar. * Usted, su médico u otro profesional autorizado o su representante pueden solicitar la Apelación de nivel 2. * ¡Lea esta sección para asegurarse de ser elegible para una decisión rápida! También para informarse sobre las fechas límite de las decisiones. |
| --- |

Si respondemos que **No** a todo o parte de su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o presentar otra apelación. Si decide seguir adelante con 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. En la carta que le enviemos sobre nuestra decisión en la Apelación de nivel 1, se le explicará cómo solicitar la Apelación de nivel 2.
* Cuando apele a la IRE, enviaremos su expediente a la IRE. Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente llamando a Servicios al miembro al <phone number>.
* Usted tiene derecho a dar a la IRE otra información para apoyar su apelación.
* La IRE es una organización independiente contratada por Medicare que no está relacionada con este plan ni es una agencia del gobierno.
* Los revisores de la IRE analizarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta explicando su decisión.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Sección 7.1: Para saber sobre sus derechos de Medicare

A más tardar dos días después de que le internen en el hospital, un trabajador de casos o una enfermera le dará un aviso llamado “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”.Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al miembro al <toll free number>. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 las 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 algo. En el “Mensaje importante” se explican sus derechos como paciente en el hospital, incluyendo su derecho a:

* Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos servicios, quién los paga y dónde puede obtenerlos.
* Participar en las decisiones sobre el tiempo de su estadía en el hospital.
* Saber dónde informar sobre las inquietudes que tenga sobre la calidad de su cuidado en el hospital.
* Apelar si cree que le dieron de alta del hospital demasiado pronto.
* Usted deberá firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. Su firma en el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de su salida que posiblemente le hayan dicho su médico o el personal del hospital.

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

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

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

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

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

### ¡Llame inmediatamente!

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

| En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital  Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado al <phone number> y pida una “revisión rápida”.  Llame antes de salir del hospital y antes de la fecha programada para su salida. |
| --- |

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

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

* **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al miembro al <phone number>. También puede llamar a la Línea de ayuda a personas de la tercera edad de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. El teléfono es: 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.

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

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

### Pida una “revisión rápida”

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

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

### ¿Qué pasará durante la revisión rápida?

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

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

### ¿Y si la respuesta es Sí?

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

### ¿Y si la respuesta es No?

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

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

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

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

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

| En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital  Llame a la Organización de mejoramiento de la calidad para su estado y pida otra revisión. |
| --- |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta sección es sólo sobre los siguientes tipos de cuidado:

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

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

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

* Usted recibirá un aviso por lo menos dos días antes que dejemos de pagar su cuidado. Esto 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 debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió. Su firma en el aviso **no** significa que usted esté de acuerdo con la decisión del plan de que es tiempo que usted deje de recibir el cuidado.

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

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

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

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

* **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección 10 en la página <xx> se explica cómo presentar una queja).
* **Si necesita ayuda, pídala.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al miembro al <phone number>. O llame a la Línea de ayuda para personas de la tercera edad al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327) de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La llamada y la ayuda son gratuitas.

| En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para pedir al plan que continúe su cuidado  Llame a la Organización de mejoramiento de la calidad para su estado al <phone number> y pida una “apelación de vía rápida”.  Llame antes de salir de la agencia o institución que está proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada para su salida. |
| --- |

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

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

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

### ¿Qué debe pedirles?

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

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

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

|  |
| --- |
| **El término legal** del aviso por escrito es **“Notificación de no cobertura de Medicare”.** Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios al miembro al <phone number> o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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 internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>. |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| En resumen: Cómo hacer una Apelación de nivel 2 para pedir que el plan continúe su cuidado  Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de revisión independiente (IRE). |
| --- |

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

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

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

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

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

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

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

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

Si necesita ayuda en cualquier momento del proceso de apelación, puede comunicarse con la Línea de ayuda para personas de la tercera edad de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. El número de teléfono es 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327). La llamada y la ayuda son gratuitas.

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

Usted también tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que podrían ser cubiertos por Medicaid.

Después de que su Apelación de nivel 2 en la oficina de Audiencias justas del Estado haya concluido, usted recibirá una decisión por escrito llamada “Decisión Administrativa Final”. Esta decisión será hecha por el Director de la agencia basándose en las recomendaciones del Oficial de Audiencias Imparciales. La oficina de Audiencias le enviará a usted y a todas las partes interesadas la decisión por escrito. Esta decisión puede ser revisada únicamente a través del Circuito de Tribunales del Estado de Illinois. El tiempo que el Circuito de Tribunales permitirá para presentar la solicitud para dichas revisiones podría ser tan corto como 35 días a partir de la fecha de la Decisión Administrativa Final.

# Sección 10: Cómo presentar una queja

¿Qué tipos de problemas deberían causar una queja?

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

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

Quejas sobre la calidad

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

Quejas sobre la privacidad

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

Quejas sobre el mal servicio al cliente

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

Quejas sobre la accesibilidad

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

Quejas sobre los tiempos de espera

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

Quejas sobre la limpieza

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

Quejas sobre el acceso lingüístico

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

Quejas sobre las comunicaciones que recibe de nosotros

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

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

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

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

¿Hay tipos diferentes de quejas?

**Sí.** Usted puede presentar una queja interna o externa. Una queja interna se presenta ante el plan y éste la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada con nuestro plan, quien la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, usted puede llamar a la Línea de ayuda para personas de la tercera edad al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327), de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La llamada y la ayuda son gratuitas.

## Sección 10.1: Quejas internas

* Para presentar una queja interna, llame a Servicios al miembro al <phone number>. Puede presentar la reclamación en cualquier momento a menos que se trate de los medicamentos de la Parte D. Si se trata de un medicamento de la Parte D, debe presentar su reclamación en **un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema
* Si hay algo más que usted deba hacer, Servicios al miembro se lo informará.
* Usted también puede presentar su queja por escrito y enviarla. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
* [Insert additional description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint, including a fast complaint.]

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

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

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

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

## Sección 10.2: Quejas externas

### Usted puede hablar con Medicare sobre su queja

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

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

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

### Usted puede decirle sobre su queja al Departamento de cuidados de salud y servicios familiares de Illinois

Para presentar una queja ante el Departamento de cuidados de salud y servicios familiares de Illinois, envíe un mensaje electrónico a [Aging.HCOProgram@illinois.gov](mailto:Aging.HCOProgram@illinois.gov).

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

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

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

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

Usted también puede tener derechos según la Ley de estadounidenses con discapacidades y según [plans may insert relevant state law.] Para pedir ayuda, comuníquese con la Línea de ayuda a personas de la tercera edad de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. El teléfono es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.

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

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

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

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

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