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

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

[Plans must develop and insert into this chapter a form that members can tear out and use to submit an appeal or grievance in writing.]

¿Qué hay en este capítulo?

En este capítulo hay información sobre sus derechos para preguntar por una decisión de cobertura, una apelación o presentar una queja. 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 servicios y respaldos a largo plazo, que su doctor y otros proveedores consideren necesarios como parte del plan de cuidado de su salud. Sin embargo, a veces es posible que tenga un problema cuando obtenga servicios, o puede estar descontento con la manera en que los servicios se prestaron o cómo le han tratado. Este capítulo explica las distintas opciones que usted tiene para atender los problemas y quejas sobre nuestro plan, los proveedores de nuestro plan, los servicios que recibe y el pago de los servicios. **Usted también puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 para que le ayude a resolver su problema.**

Para recursos adicionales para atender sus inquietudes y las maneras de contactarlos, lea el Capítulo 2 [*plan should insert reference, as appropriate*] para más información sobre programas de ombudsman.

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

Tabla de Contenido

[¿Qué hay en este capítulo? 1](#_Toc520290426)

[Si usted está teniendo un problema con su salud o con sus servicios y respaldos a largo plazo 1](#_Toc520290427)

[Sección 1: Introducción 5](#_Toc520290428)

[ Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema 5](#_Toc520290429)

[ Sección 1.2: ¿Cuáles son los términos legales? 5](#_Toc520290430)

[Sección 2: Adónde llamar para pedir ayuda 6](#_Toc520290431)

[ Sección 2.1: Adónde obtener más información y ayuda 6](#_Toc520290432)

[Sección 3: Problemas con sus beneficios 9](#_Toc520290433)

[ Sección 3.1: ¿Debería usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿desea presentar una queja? 9](#_Toc520290434)

[Sección 4: Decisiones sobre cobertura y apelaciones 10](#_Toc520290435)

[ Sección 4.1: Resumen de las decisiones de cobertura y apelaciones 10](#_Toc520290436)

[ Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle? 10](#_Toc520290437)

[Sección 5: Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D) 13](#_Toc520290438)

[ Sección 5.1: Cuándo usar esta sección 13](#_Toc520290439)

[ Sección 5.2: Cómo pedir una decisión de cobertura 15](#_Toc520290440)

[ Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D) 17](#_Toc520290441)

[ Sección 5.4: Apelación de nivel 2 por servicios, artículos y medicamentos (no para lo que paga por cada receta Parte D) 22](#_Toc520290442)

[ Sección 5.5: Problemas de pagos 27](#_Toc520290443)

[Sección 6: Medicamentos de la Parte D 29](#_Toc520290444)

[ 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 29](#_Toc520290445)

[ Sección 6.2: ¿Qué es una excepción? 31](#_Toc520290446)

[ Sección 6.3: Qué cosas importantes debe saber para pedir una excepción 32](#_Toc520290447)

[ Sección 6.4: Cómo pedir una decisión sobre cobertura sobre un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción 33](#_Toc520290448)

[ Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D 36](#_Toc520290449)

[ Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D 39](#_Toc520290450)

[Sección 7: Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital 41](#_Toc520290451)

[ Sección 7.1: Para saber sobre sus derechos de Medicare 41](#_Toc520290452)

[ Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de salida del hospital 42](#_Toc520290453)

[ Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de salida del hospital 44](#_Toc520290454)

[ Sección 7.4: ¿Qué sucederá si pierdo la fecha límite para apelar? 45](#_Toc520290455)

[Sección 8: Qué hacer si cree que sus servicios de Medicare 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 48](#_Toc520290456)

[ Sección 8.1: Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura 48](#_Toc520290457)

[ Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar su cuidado 49](#_Toc520290458)

[ Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar su cuidado 51](#_Toc520290459)

[ Sección 8.4: ¿Y si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de nivel 1? 52](#_Toc520290460)

[Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 55](#_Toc520290461)

[ Sección 9.1: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare 55](#_Toc520290462)

[ Sección 9.2: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicaid 55](#_Toc520290463)

[Sección 10: Cómo presentar una queja 56](#_Toc520290464)

[ Sección 10.1: Quejas internas 58](#_Toc520290465)

[ Sección 10.2: Quejas externas 59](#_Toc520290466)

# 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. Algunos de esos términos pueden ser difíciles de entender, así que hemos usado palabras más sencillas en lugar de algunos términos legales. Además, usamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, decimos:

* “Presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”
* “Decisión sobre cobertura” en lugar de “Determinación de la organización,” “determinación de beneficios,” “determinación de 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.Para obtener ayuda, puede ponerse en contacto con cualquiera de los siguientes recursos.

### Obteninedo ayuda de Servicios al miembro de nuestro plan>

Servicios al miembro puede ayudarle con cualquier problema o queja sobre sus cuidados de salud, medicamentos y servicios y respaldos a largo plazo. Queremos ayudarle con problemas como: entender cuáles servicios están cubiertos; cómo obtener servicios; cómo encontrar un proveedor; qué hacer cuando le pidan que pague por un servicio; cómo pedir una decisión sobre cobertura o una apelación; o presentar una queja (también llamada un reclamo). Para contactarnos usted puede:

* Llamar a Servicios al miembro al <phone number> (TTY: <phone number>), <hours of operation>. La llamada es gratuita.
* Visitar nuestro sitio web <web address> para enviar una pregunta, queja o apelación.
* Llenar nuestro formulario de apelación/queja en la página <xx> de este capítulo o llamar a Servicios al miembro y pedirles que le manden el formulario por correo.
* Escribir una carta haciendo su pregunta, problema, queja o apelación. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, el número localizado en el frente de la Tarjeta de identificación de miembro de plan name> y su dirección y número de teléfono. También debería enviarnos toda la información que ayude para explicar su problema.

Mándenos el formulario o carta a: <mailing address>

### Obteniendo ayuda del Departamento de Medicaid de Ohio

Si necesita ayuda, puede llamar a la Línea directa de Medicaid de Ohio. En la Línea directa pueden responder a sus preguntas y lo dirigirán al personal que le ayudará a comprender qué debe hacer sobre su problema. La línea directa no está vinculada ni con nosotros ni con cualquier compañía de seguros o plan de salud. Usted puede llamar a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572), de lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 am a 5:00 pm. La llamada es gratuita. También puede visitar el sitio web del Departamento de Medicaid de Ohio en <http://www.medicaid.ohio.gov>.

### Obteninedo ayuda del Ombudsman de MyCare Ohio

También puede obtener ayuda del Ombudsman de MyCare Ohio. El Ombudsman de MyCare Ohio es un programa de ombudsman que ayuda a resolver problemas que usted pueda tener con nuestro plan. Ellos pueden ayudarle a presentar una queja o una apelación con nuestro plan. Para más información sobre los programas de ombudsman, lea el Capítulo 2 [*plan should insert reference, as appropriate*].

El Ombudsman de MyCare Ohio es una entidad independiente que aboga por usted y no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Usted puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de retransmisión de Ohio de TTY: 1-800-750-0750), de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm. También puede presentar una queja a través del internet en: <http://aging.ohio.gov/contact>. Los servicios son gratuitos.

### Obteniendo ayuda de Medicare

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

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

### Obteninendo ayuda de otros recursos

También puede hablar con las siguientes personas sobre su problema y pedir que lo ayuden.

* Hable con su médico o con otro proveedor. Su médico u otro proveedor podrán pedir una decisión sobre cobertura. Si usted no está de acuerdo con la decisión de cobertura, el médico u otro proveedor que solicitó el servicio pueden presentar una Apelación de nivel 1 en su nombre.
  + Si usted desea que su doctor u otro proveedor actúen en su nombre para una apelación por servicios cubiertos solamente por Medicaid o para pedir una Audiencia ante el estado con Medicaid, usted debe nombrarle como su representante, por escrito.
* Hable con un amigo o miembro de su familia. Un amigo o un miembro de su familia puede pedir una decisión de cobertura, una apelación o presentar una queja en su nombre si usted los nombra como “representante”.
  + Si quiere que alguien sea su representante, llame a Servicios al miembro y pida el formulario de “Nombramiento de un representante”. También puede obtener este formulario en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> [plans may also insert: o nuestro sitio web en <web address **or** link to form>]. El formulario le da permiso a la persona para actuar por usted. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
  + [Plans that accept other types of written authorization, insert: También vamos a aceptar una carta u otra forma apropiada para autorizar a su representante.]
* Hable con un abogado. Usted puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio local de abogados (bar association) o de otro servicio de referencia. Si desea obtener información sobre ayuda legal gratuita, puede ponerse en contacto con su oficina local de ayuda legal o llamar a Servicios jurídicos de Ohio al número gratuito 1-866-529-6446 (1-866-LAW-OHIO). Si desea que lo represente un abogado, deberá llenar el formulario de Nombramiento de un representante. Por favor tenga en cuenta que, **no necesita que un abogado** pida una decisión de cobertura o presente una apelación o queja.

# Sección 3: Problemas con sus beneficios

## Sección 3.1: ¿Debería usar el proceso para decisiones de 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, medicamentos de receta o servicios y respaldos a largo plazo están o no cubiertos y problemas relacionados con los pagos por artículos y servicios.) | |
| **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 las decisiones de 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 que le han negado.

### ¿Qué es una decisión sobre cobertura?

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

Si usted o su médico no están seguros si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Medicaid, 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.

**¿Cómo puedo obtener ayuda con una desición de cobertura o apelación?**

Si necesita ayuda, puede contactar cualquiera de los recursos mecionados en la Sección 2.1 en la página <XX>.

## 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 para recibir cuidados o artículos médicos, servicios dentales o de la vista, servicios de salud del comportamiento, servicios y respaldos a largo plazo y medicamentos de receta (pero **no** medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
  + No está recibiendo un servicio que usted quiere y cree que nuestro plan lo cubre.
  + No aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico quiere darle y usted cree que este cuidado debería ser cubierto.
    - **NOTA:** Use la Sección 5, solamente por problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* que tienen un símbolo [plans should insert symbol used in the List of Covered Drugs to indicate Medicaid covered drugs] no están cubiertos por la Parte D. Lea la Sección 6 en la página <xx> para información sobre cómo presentar apelaciones por los medicamentos de la Parte D.
  + Usted recibió cuidado médico o servicios que usted cree deberían estar cubiertos, pero nosotros no hemos pagado por este cuidado.
  + Usted recibió y pagó por servicios médicos o artículos que creía que estaban cubiertos y quiere pedirnos que le devolvamos lo que pagó.
  + Le dijeron que la cobertura del cuidado que ha estado recibiendo será reducida o interrumpida y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
    - **NOTA:** Si la cobertura que será suspendida es por cuidados en un hospital, en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), usted deberá leer una sección aparte de este capítulo, ya que para esos tipos de servicios corresponden reglas especiales. Lea las Secciones 7 y 8., en las páginas <xx> y <xx>.
* **La Sección 6, en la página <xx>** le ofrece información si tiene problemas sobre medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
  + Quiere pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).
  + Quiere pedirnos que cancelemos los límites a 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, así su pago puede ser devuelto. (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 le den de alta del hospital demasiado pronto.
* **La Sección 8, en la página <xx>** le da información si usted cree que su cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o los servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) terminarán demasiado pronto.

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

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750).

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

## Sección 5.1: Cuándo usar esta sección

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

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

1. Cree que cubrimos un servicio médico, de salud del comportamiento o de cuidado 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. Quiere que cubramos un beneficio que requiere una aprobación del plan (también llamada autorización previa) antes de que usted reciba el servicio.

**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.

**NOTA:** Lea la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable] para leer una lista de servicios cubiertos e información sobre cuáles servicios requieren una autorización previa de nuestro plan. Lea la *Lista de Medicamentos cubiertos* para ver cuáles son los medicamentos que requieren una autorización previa. También puede ver la lista de servicios y medicamentos que requieren una autorización previa en [insert the website link where members can view the medical and drug prior authorization information].

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

**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. No aprobamos su solicitud para recibir servicios de exención de un proveedor específico de la red, que no es un agente o un proveedor dirigido por el participante.

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

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

**Qué puede hacer:** Usted puede apelar nuestra decisión de no pagar. Vaya a la en la página <xx> de esta sección 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 nos pongamos de acuerdo con el proveedor para que le devuelvan lo que usted pagó.

**Qué puede hacer:** Usted puede pedir que nos pongamos de acuerdo con su proveedor para que le devuelva lo que usted pagó. Vaya a la Sección 5.6, en la página <xx>, para obtener información sobre cómo pedirnos la devolución de su pago.

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

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

**NOTA:** Si le decimos que los servicios o artículos, que aprobamos anteriormente, van a ser reducidos, suspendidos o interrumpidos antes de que usted reciba todos los servicios o artículos que se aprobaron, es posible que pueda continuar recibiendo los servicios y artículos durante la apelación. Lea "¿Continuarán mis beneficios durante la apelación de Nivel 1?"en la página <xx>.

**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.

1. No tomamos una decisión de cobertura dentro de los plazos que deberíamos tener.

**Qué puede hacer:** Puede presentar una queja o una apelación. Vaya a la Sección 10 en la página <xx> para obtener más información sobre cómo presentar una queja. Vaya a la Sección 5.3, en la página <xx>, para obtener más información sobre cómo hacer una Apelación de nivel 1.

**NOTA:** Si necesita ayuda para decidir qué proceso usar, usted puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750)

1. No tomamos una decisión de una apelación dentro de los plazos que deberíamos tener.

**Qué puede hacer:** Puede presentar una queja. Vaya a la Sección 10, en la página <xx> para obtener más información sobre cómo presentar una queja. Además, si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede pedir una Audiencia ante el estado. Vaya a la Sección 5.4, en la página <xx> para obtener más información sobre cómo pedir una Audiencia con el estado. Tenga en cuenta que si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, transferiremos automáticamente su Apelación al nivel 2, si no le dimos una respuesta en el plazo establecido.

**NOTA:** Si necesita ayuda para decidir qué proceso usar, usted puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750)

## Sección 5.2: Cómo pedir una decisión de cobertura

### Cómo pedir una decisión sobre cobertura para obtener un servicio, artículo o medicamento de Medicaid (vaya a la Sección 6 para medicamentos de Medicare de la Parte D)

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

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

Recuerde que debe llenar el formulario de Nombramiento de un representante, para designar a alguien como su representante autorizado. [Plans that accept other types of written authorization, insert: También vamos a aceptar una carta u otra forma apropiada para autorizar a su representante.] Para más información, lea la Sección 2.1, en la página <xx>.

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

Vamos a tomar una decisión de cobertura estándar para medicamentos de Medicaid dentro de las 72 horas después de pedirla.

Vamos a tomar una decisión de cobertura estándar para todos los otros servicios y artículos a más tardar en 14 días calendario después de pedirla. Si no le informamos de nuestra decisión en 14 días calendario, puede apelar.

Usted o su proveedor pueden pedir más tiempo, o puede ser que nosotros necesitemos más tiempo para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta diciéndole que tenemos que tomar hasta 14 días calendario adicionales. La carta le explicará 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 en 24 horas para medicamentos de Medicaid y en 72 horas para todos los otros servicios y artículos.

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

Excepto en el caso de decisiones de cobertura rápida para medicamentos de Medicaid, usted o su proveedor pueden pedir más tiempo, o puede ser que nosotros necesitemos más tiempo para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta diciéndole que tenemos que tomar hasta 14 días calendario adicionales. La carta le explicará por qué necesitamos más tiempo.

### Cómo pedir una decisión sobre cobertura rápida:

* Si quiere pedir una decisión sobre cobertura rápida, empiece llamando o mandando un fax a nuestro plan para pedirnos que cubramos el cuidado que desea.
* Puede llamarnos al <phone number> o mandarnos 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 médico o representante autorizado que nos llame.

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

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

1. Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida solamente si está pidiendo algún cuidado médico o artículo que aún no ha recibido. (Usted no podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida si su solicitud tiene que ver con la devolución de un pago por cuidados médicos o un artículo que ya recibió.)
2. Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida solamente si la fecha límite estándar podría causar daños serios a su salud o afectar su habilidad para desempeñarse. Las fechas límites estándar son 72 horas para los medicamentos de Medicaid y 14 días calendario para todos los otros servicios y artículos.

* Si su médico determina que necesita una decisión sobre cobertura rápida, se la daremos automáticamente.
* Si usted 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 las fechas límites estándar para tomar nuestra decisión.
  + 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 articulo?

Para decisiones de cobertura estándar, autorizaremos la cobertura en 72 horas para medicamentos de Medicaid y en 14 días calendario para todos los otros servicios y artículos. Para decisiones de cobertura rápida, autorizaremos la cobertura en 24 horas para medicamentos de Medicaid y en 72 horas para todos los otros servicios y artículos. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, vamos a autorizar la cobertura al final de este período de extensión.

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

Si la respuesta es **No**, le enviaremos una carta explicando 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 (que no sean medicamentos de la Parte D)

### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si usted cree que hemos cometido un error. Si usted, su representante autorizado o su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. Usted también puede apelar si no tomamos la decisión de cobertura dentro de las fechas límites establecidas. Le enviaremos un aviso por escrito cada vez que tomemos una acción o dejemos de tomar una acción que usted puede apelar.

**NOTA:** Si desea que su médico u otro proveedor actúe en su nombre para una apelación de los servicios que solamente cubre Medicaid, usted debe dar el nombre de él o ella, como su representante, por escrito. Para más información, lea "¿Alguien más puede presentar la apelación en mi nombre?" en la página <xx>.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, llame al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750). El Ombudsman de MyCare Ohio no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con un plan de salud.

### ¿Qué es una Apelación de nivel 1?

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

En resumen: Cómo presentar una Apelación de nivel 1

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

* Pida a más tardar en 90 días calendario después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
* Si usted apela porque le dijimos que un servicio que usted recibe actualmente será cambiado o suspendido, usted tiene menos días para apelar si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras que la apelación esté en proceso.
* Siga leyendo esta sección para saber qué fechas límite se aplican a su apelación.

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

* Para comenzar su apelación, usted, su representante autorizado o su médico u otro proveedor que solicitó el servicio, debe comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al <phone number> (TTY: <phone number>) o escribirnos a la siguiente dirección:

<insert address>

* Si decide escribirnos, puede elaborar su propia carta o puede utilizar el formulario de apelación/quejas de la página <xx>. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, el número ubicado en el frente de la Tarjeta de identificación de miembro de <plan name> y su dirección y número de teléfono. También debería incluir toda la información que ayude a explicar su problema.
* 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”.

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

### ¿Alguien más puede presentar la apelación en minobre?

**Sí.** Su médico u otro proveedor que solicitó el servicio pueden solicitar la apelación en su nombre. También, alguna otra persona puede 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 el sitio web de Medicare en <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>]. [Plans that accept other types of written authorization, insert: También aceptamos una carta u otro formulario adecuado para autorizar a su representante.]

**Si la apelación es hecha por otra persona que no sea usted o su médico u otro proveedor que solicitó el servicio**, debemos recibir su autorización por escrito antes de poder revisar su apelación. Para los servicios cubiertos solamente por Medicaid, si quiere que su médico, otro proveedor o alguien más actúe en su nombre, debemos recibir su autorización por escrito.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* Sin embargo, si usted o su proveedor nos piden más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomar días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta explicando por qué necesitamos más tiempo.
* Si usted piensa que no debemos tomar días adicionales podrá presentar una “queja rápida” relacionada con nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo las quejas rápidas, lea la Sección 10 en la página <xx>.
* Si no le damos una respuesta a su apelación a más tardar en 15 días calendario o al final de los días adicionales (si los tomamos), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones. si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare (lea la Sección 5.4, en la página <xx>). Usted será notificado cuando esto suceda. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede pedir una Audiencia ante el estado (lea la Sección 5.4, en la página <xx>).

Usted también puede presentar una queja porque no tomamos una decisión de apelación dentro del plazo requerido (lea la Sección 10, en la página <xx>).

**Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar el servicioa más tardar en 15 días después de recibir su apelación.

**Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta que le enviaremos le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una Apelación de nivel 2 (lea la Sección 5.4, en la página <xx>). Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le dirá que puede solicitar una Audiencia ante el estado (lea la Sección 5.4, en la página <xx>).

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

Si usted presenta una apelación rápida, le dejaremos saber dentro de 72 horas a partir del momento en que recibamos toda la información necesaria para decidir sobre su apelación. Le daremos nuestra decisión más pronto, si su enfermedad lo exige.

* Sin embargo, si usted o su proveedor nos piden más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomar días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta explicando por qué necesitamos más tiempo.
* Si usted piensa que no debemos tomar días adicionales podrá presentar una “queja rápida” relacionada con nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo las quejas rápidas, lea la Sección 10 en la página <xx>.
* Si no le damos una respuesta a su apelación a más tardar en 72 horas o al final de los días adicionales (si los tomamos), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare (lea la Sección 5.4, en la página <xx>). Usted será notificado cuando esto suceda. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede pedir una Audiencia ante el estado (lea la Sección 5.4, en la página <xx>).

Usted también puede presentar una queja porque no tomamos una decisión de apelación dentro del plazo requerido (lea la Sección 10, en la página <xx>).

**Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar el serviciodentro de 72 horas después de recibir su apelación.

**Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta que le enviaremos le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una Apelación de nivel 2 (lea la Sección 5.5, en la página <xx>). Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le dirá que puede solicitar una Audiencia ante el estado (lea la Sección 5.4, en la página <xx>).

### ¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones de nivel 1?

**Sí**, si usted cumple con ciertos requisitos. Si ya habíamos aprobado la cobertura para un servicio pero luego decidimos cambiarlo o interrumpirlo, antes de que el periodo de autorización haya terminado, le enviaremos un aviso por lo menos 15 días antes de tomar la medida. Usted, su representante autorizado o su médico u otro proveedor que solicitaron el servicio, deben solicitar una apelación en o antes de la última de las siguientes opciones para continuar recibiendo el servicio durante el proceso de apelación:

* Dentro de los 15 días calendario siguientes a la fecha del envío de nuestro aviso de acción o
* La fecha en la que la acción será implementada.

Si necesita seguir recibiendo beneficios, usted puede seguir recibiendo el servicio hasta que pase uno de los siguientes: 1) usted retira su apelación; o 2) pasan 15 días calendario después de que le avisamos que nuestra respuesta a su apelación es **No**.

**NOTA:** A veces usted podría seguir recibiendo sus beneficios incluso si decimos que **No** a su apelación. Si su servicio está cubierto por Medicaid y usted también pide una Audiencia ante el estado, es posible que pueda seguir recibiendo sus beneficios hasta que la Oficina de Audiencias del estado tome una decisión. Si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, sus beneficios continuarán durante el Nivel 2 del proceso de apelación. Para más información, lea la Sección 5.4, en la página <xx>.

## Sección 5.4: Apelación de nivel 2 por servicios, artículos y medicamentos (no para lo que paga por cada receta Parte D)

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

Le enviaremos una carta si decimos que **No** a todo o parte de su Apelación de nivel 1. En esta carta, se le informará si el servicio o el artículo está cubierto en primer lugar por Medicare y/o Medicaid.

* Si su problema es acerca de un servicio o artículo de **Medicaid**, en la carta se le informará que puede solicitar una Audiencia estatal. Consulte la página <xx> de esta sección para obtener información sobre las Audiencias estatales.
* Si su problema es acerca de un servicio o artículo de **Medicare**, automáticamente obtendrá una Apelación de nivel 2 ante la Entidad de revisión independiente (IRE) ni bien finalice la Apelación de nivel 1.
* Si su problema es acerca de un servicio o artículo que podría estar cubierto en primer lugar tanto por **Medicare como por Medicaid**, automáticamente obtendrá una Apelación de nivel 2 ante la IRE. En la carta, se le informará que también puede solicitar una Audiencia estatal. Consulte la página <xx> de esta sección para obtener información sobre las Audiencias estatales.

### ¿Qué es una Apelación de nivel 2?

Una Apelación de nivel 2 es la segunda apelación con respecto a un servicio o un artículo. En una Apelación de nivel 2, la revisión la hace una organización independiente que no está relacionada con el plan.

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

Si decimos que **No** a su Apelación de nivel 1 y se trata de un servicio o artículo que generalmente está cubierto por Medicaid, puede solicitar una Audiencia estatal.

### ¿Qué es una Audiencia estatal?

Una Audiencia estatal es una reunión donde participa usted o su representante autorizado, nuestro plan y un funcionario de audiencias de la Oficina de Audiencias Estatales del Departamento del Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (ODJFS). En esta audiencia, usted explicará el motivo por el que considera que nuestro plan no tomó la decisión correcta y nosotros le explicaremos el motivo por el que tomamos nuestra decisión. El funcionario de audiencias escuchará y luego decidirá quién tiene la razón conforme a la información proporcionada y las normas.

Le enviaremos un aviso por escrito de su derecho a solicitar una Audiencia estatal. Si se encuentra en la exención de MyCare Ohio, es posible que tenga otros derechos de Audiencia estatal. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte su Manual del miembro para la Exención de Servicios de Atención Comunitaria y en el Hogar.

### ¿Cómo solicito una Audiencia estatal?

Para solicitar una Audiencia estatal, usted o su representante autorizado deben comunicarse con la Oficina de Audiencias Estatales **dentro de los 120 días calendario** desde la fecha en que enviamos el aviso de sus derechos de Audiencia estatal. Los 120 días calendario comienzan a contarse a partir del día posterior a la fecha de envío del aviso. Si usted deja pasar los 120 días calendario límites por un motivo justificado, posiblemente la Oficina de Audiencias Estatales pueda darle más tiempo para solicitar una audiencia. Recuerde que tiene que solicitar una Apelación de nivel 1 antes de poder solicitar una Audiencia estatal.

**NOTA:** Si quiere que alguien lo represente, inclusive su médico u otro proveedor, debe proporcionar a la Oficina de Audiencias Estatales un aviso por escrito en el que indique que desea que dicha persona sea su representante autorizado.

* Puede firmar y enviar el formulario de Audiencia estatal a la dirección o al número de fax que figuran en el formulario o enviar su solicitud por correo electrónico a [bsh@jfs.ohio.gov](mailto:bsh@jfs.ohio.gov). También puede llamar a la Oficina de Audiencias Estatales al 1-866-635-3748.

### ¿Cuánto tiempo tarda una decisión de una Audiencia estatal?

Generalmente, la decisión de una Audiencia estatal se proporciona antes de los 70 días calendario posteriores a la fecha en que la Oficina de Audiencias Estatales recibe la solicitud. Sin embargo, si la Oficina de Audiencias Estatales acepta que este período podría ocasionar daños graves a su salud o dañar su capacidad de funcionamiento, la decisión se proporcionará lo más rápido posible, antes de que transcurran los 3 días laborales posteriores a la fecha en que la Oficina de Audiencias Estatales recibió su solicitud.

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

Si decimos que No a su Apelación de nivel 1 y Medicare generalmente cubre el servicio o artículo en cuestión, usted obtendrá automáticamente una Apelación de nivel 2 ante la Entidad de revisión independiente (IRE). Una Entidad de revisión independiente (IRE) hará una revisión cuidadosa de la Decisión de nivel 1 y decidirá si debe cambiarse.

* Usted no necesita solicitar la Apelación de nivel 2. Enviaremos automáticamente cualquier rechazo (completo o en parte) a la IRE. Le avisaremos cuando esto ocurra.
* La IRE fue contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
* Usted puede pedir una copia de su expediente llamando a Servicios al miembro al <phone number>.

### ¿Cuánto tiempo tarda una decisión de la IRE?

* La IRE debe dar una respuesta a su Apelación de nivel 2 a más tardar 30 días calendario después de que reciba su apelación. Esta regla se aplica si envió su apelación antes de obtener servicios o artículos médicos.
  + Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, podrá tomar hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, le avisará por carta.
* Si usted tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, tendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta a más tardar 72 horas después de recibir su apelación.
  + Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, podrá tomar hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, le avisará por carta.

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

Si su problema es acerca de un servicio o artículo que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, automáticamente enviaremos su Apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente. También puede solicitar una Audiencia estatal. Para solicitar una Audiencia estatal, siga las instrucciones de esta sección en la página <xx>.

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

Si decidimos cambiar o detener la cobertura de un servicio que fue aprobado anteriormente, usted puede solicitar que sus beneficios continúen durante las Apelaciones de nivel 2 en algunos casos.

* Si su problema es acerca de un servicio cubierto en primer lugar por **Medicaid únicamente,** puede solicitar que sus beneficios continúen durante las Apelaciones de nivel 2. Para que el servicio continúe durante la Audiencia estatal, usted o su representante autorizado deben **solicitar una Audiencia estatal antes de que ocurra lo último entre lo siguiente**:
  + 15 días calendarios de la fecha de envío por correo de nuestra carta informándole que rechazamos su Apelación de nivel 1, o
  + la fecha prevista para la entrada en vigencia de la medida.
* Si su problema es acerca de un servicio o artículo cubierto en primer lugar por **Medicare únicamente**,sus beneficios para ese servicio **no** continuarán durante el proceso de Apelación de nivel 2 ante la Entidad de revisión independiente (IRE).
* Si su problema es acerca de un servicio o artículo cubierto en primer lugar **tanto por Medicare como por Medicaid**, sus beneficios para ese servicio continuarán automáticamente durante el proceso de Apelación de nivel 2 ante la IRE. Si también solicita una Audiencia estatal, sus beneficios pueden continuar mientras esté pendiente la audiencia si presenta su solicitud dentro de los plazos indicados anteriormente.

Si sus beneficios continúan, puede seguir obteniendo el servicio hasta que se produzca uno de los siguientes: (1) usted retira la apelación; (2) todas las entidades que recibieron su Apelación de nivel 2 (IRE y la Oficina de Audiencias Estatales) deciden **No** aprobar su solicitud.

### ¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si su Apelación de nivel 2 fue una Audiencia estatal, la Oficina de Audiencias Estatales le enviará por correo un escrito con la decisión de la audiencia.

* Si la decisión de la audiencia es **Sí** (admitida) a todo o a parte de lo que pidió, en la decisión se le explicará claramente lo que nuestro plan debe hacer para tratar el problema. Si no comprende la decisión o tiene dudas sobre cómo obtener el servicio o el pago correspondiente, comuníquese con Servicios al miembro para obtener ayuda.
* Si la decisión de la audiencia es **No** (desestimada) a parte o a todo lo que pidió, eso significa que la Oficina de Audiencias Estatales coincidió con la Decisión de nivel 1. En la decisión de la Audiencia estatal se explicarán los motivos de la Oficina de Audiencias Estatales para decir que No y se le informará que tiene derecho a solicitar una Apelación administrativa.

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

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

### Apelé tanto a la Entidad de revisión independiente como a la Oficina de Audiencias Estatales por los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid. ¿Qué pasa si tienen decisiones diferentes?

Si la Entidad de revisión independiente o la Oficina de Audiencias Estatales deciden que **Sí** a todo o parte de lo que pidió, le daremos el servicio o artículo aprobado que sea más cercano a lo que pidió en su apelación.

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

Si su Apelación de nivel 2 fue una Audiencia estatal, puede apelar otra vez solicitando una Apelación administrativa. La Oficina de Audiencias Estatales debe recibir su solicitud de una Apelación administrativa dentro de los 15 días calendario posteriores a la fecha en que se emitió la decisión de la audiencia.

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

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

## Sección 5.5: Problemas de pagos

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen por los servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca tendrá que pagar el saldo de ninguna factura. [Plans with cost sharing insert: La única cantidad que se le debe pedir que pague es el copago para medicamentos de receta de la Parte D (lea el Capítulo 6).]

Si recibe alguna factura [plans with cost sharing insert: más alta que su copago] por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos comunicaremos con el médico o proveedor directamente para solucionar el problema. Es posible que le paguemos al proveedor para que éste le pueda reembolsar el pago o que el proveedor acepte dejarle de cobrar por el servicio.

Para obtener más información, comience por leer el Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que usted haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que tenga que pedir que lo ayudemos con el pago que hizo a un proveedor, o a pagar una factura que recibió de un proveedor. También explica cómo enviarnos la documentación que necesitamos para hacer el pago. El Capítulo 7 también tiene información que le ayudará a evitar problemas de pago en el futuro.

### ¿Puedo pedirles que me devuelvan lo que pagué por [*insert if plan has cost sharing:* su parte del plan de] un servicio o artículo?

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

Si está pidiendo que le paguen, está pidiendo una decisión 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 [plans with drug copays insert: excepto por cualquier copago por medicamentos que usted deba].
* Si usted no ha pagado los servicios 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 están cubiertos o usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para decirle que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos por qué.

### ¿Y si decimos que no pagaremos?

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

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

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

* Si la IRE no está de acuerdo con nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago 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 al proveedor, a más tardar en 60 días calendario.
* Si la IRE dice que **No** a su apelación, eso significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación.”) En la carta que reciba se le explicarán los derechos de apelación adicionales que usted podría tener. Usted podría apelar nuevamente sólo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere cumple con cierta cantidad mínima. Lea la Sección 9, en la página <xx>, para obtener más información sobre niveles adicionales de apelación.

Si respondemos que **No** a su apelación y el servicio o artículo generalmente son cubiertos por Medi-Cal, usted podrá solicitar una Audiencia ante el estado (lea la Sección 5.4, en la página <xx>). [Plans should edit as needed and/or provide additional instructions on the process for Medicaid payment appeals.]

# Sección 6: Medicamentos de la Parte D

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

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

La *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos), incluye algunos medicamentos que tienen un símbolo [plans should insert symbol used in the List of Covered Drugs to indicate Medicaid covered drugs]. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo [plans should insert symbol used in the List of Covered Drugs to indicate Medicaid covered drugs] siguen el proceso de la **Sección 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 cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan
  + Pedirnos que cancelemos una restricción a la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener)
* Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos 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. Recuerde, usted no debe tener que pagar por servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare y Medicaid. Si usted se ve obligado a pagar el costo completo de un medicamento, llame a Servicios al miembro para asistencia.

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

## Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?

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

Cuando usted nos pide hacer una excepción, su médico u otro profesional autorizado deberán explicar los motivos médicos por los que usted necesita que hagamos la excepción. Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional autorizado podrán pedirnos:

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

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

[Plans with no cost sharing, delete this bullet.] Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y quitar una restricción para usted, todavía puede pedir una excepción a la cantidad de copago que le pedimos que pague por el medicamento.

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

## Sección 6.3: Qué cosas importantes debe saber para pedir una excepción

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

Su médico u otro profesional autorizado deberá presentarnos una declaración explicando las razones médicas para pedirnos que hagamos una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico o de 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 **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 sobre un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción

### Qué hacer

En resumen:Cómo pedir una decisión sobre cobertura por un medicamento de la Parte D o por un pago

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

* Si está pidiendo una excepción, incluya la declaración de respaldo de su médico u otro recetador.
* Usted o su médico u otro recetador puede pedir una decisión rápida. (Las decisiones rápidas se dan a más tardar en 24 horas.)
* ¡Lea esta sección para asegurarse de ser elegible para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información sobre las fechas límite para las decisiones.
* 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 2, en la página <xx> para saber cómo autorizar a otra persona para actuar como su representante.
* Usted no necesita darle un permiso por escrito a su médico o a otro profesional autorizado para que nos pidan una decisión sobre cobertura en su nombre.
* Si quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento, lea el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] de este manual. El Capítulo 7 dice cómo llamar a Servicios al miembro y enviarnos los documentos necesarios para pedirnos que le cubramos el medicamento.
* Si está pidiendo una excepción, envíenos la “declaración de respaldo”. Su médico u otro profesional autorizado deben darnos los motivos médicos para la excepción del medicamento. Esto se llama “declaración de respaldo”.
* Su médico u otro profesional autorizado pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro profesional autorizado también pueden explicarnos sus razones por teléfono y, después, enviarnos una declaración por fax o por correo.

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

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

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

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

Usted podrá obtener una decisión de 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 de 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 darle una decisión de 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 quejas, incluyendo quejas rápidas, lea la Sección 10, en la página <xx>.

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

* Si usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra repuesta a más tardar en 24 horas después de recibir su pedido. O, si nos está pidiendo una excepción, en 24 horas después de recibir la declaración de su médico o de un profesional autorizado 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 revisará 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 de un 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 de cobertura estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

* Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir su pedido. O, si nos está pidiendo una excepción, después de recibir la declaración de respaldo de su médico o de un 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 analizará su pedido.
* **Si nuestra respuesta es** **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o dar la cobertura a más tardar en 72 horas después de recibir su pedido o, si nos está pidiendo una excepción, después de recibir la declaración de apoyo de su médico o de un profesional autorizado.
* **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que **No**. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

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

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

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

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

En resumen:Cómo presentar una Apelación de nivel 1

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

* Haga su solicitud **a más tardar en 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
* Usted, su médico o profesional autorizado o su representante pueden llamarnos para una apelación rápida.
* ¡Lea esta sección para saber si es elegible para una decisión rápida! También encontrará información sobre fechas límites para las decisiones.
* Si nos pide 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 le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar una 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 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 “reconsideración 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 o con otro profesional autorizado para obtener más información. El revisor no será la misma persona que tomó la decisión sobre cobertura inicial.

### 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 Entidad de revisión independiente 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 después de recibir su apelación o antes si su salud lo exige, excepto si está pidiendo que le devolvamos el pago por un medicamento que ya compró. Si está pidiendo que le devolvamos el pago por un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario desde 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 que le devolvamos el pago por un medicamento que ya compró, le enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión Independiente revisará su apelación.
* **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió:
  + Si aprobamos su pedido de cobertura, debemos darle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más de 7 días calendario después de recibir su apelación, o 14 días si 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 pagó, le enviaremos el pago a la farmacia a más tardar en 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación. La farmacia le devolverá su dinero [insert if applicable: menos cualquier copago que usted deba].
* **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicando por qué dijimos que **No** y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

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

En resumen:Cómo presentar una Apelación de nivel 2

Si quiere que una Entidad de revisión independiente 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.

*En resum*

* 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 presente una apelación a la IRE, enviaremos automáticamente a ellos su expediente. Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente llamando a Servicios al miembro al <phone number>.
* Usted tiene derecho a dar a la IRE otra información para apoyar su apelación.
* La IRE es una organización independiente contratada por Medicare 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 pedido.
* 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 está pidiendo 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 la farmacia a más tardar en 30 días calendario después de recibir la decisión. La farmacia le devolverá su dinero [insert if applicable: menos cualquier copago que usted deba].

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

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

Si usted quiere ir al Nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que pidió, deben alcanzar un valor en dólares mínimo. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, usted podrá pedir una Apelación de nivel 3. La carta que reciba de la IRE con la decisión de su Apelación de nivel 2 le dirá el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

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

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

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital 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), las 24 horas al 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 entendió y que comprende sus derechos. Su firma en el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de su salida que podría haberle 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 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 anotados arriba.

## Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de 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 para usted.

En Ohio, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. Para presentar una apelación sobre el cambio de su fecha de salida, llame a KEPRO al **<toll-free number>.**

### ¡Llame inmediatamente!

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

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

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

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

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

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

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

* **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al miembro al <toll-free number>. También puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750).

### ¿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. El gobierno federal 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 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 nos dé su respuesta.
* Si la Organización para el mejoramiento de la calidad dice **No** y usted decide quedarse en el hospital, es posible que tenga que pagar por su estadía continua en el hospital. El costo del cuidado de hospital que usted tenga que pagar comienza al mediodía del día después que la Organización para el mejoramiento de la calidad nos dé su respuesta.
* Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su salida, usted podrá presentar una Apelación de nivel 2.

## Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de 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 Ohio, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. Usted puede comunicarse con KEPRO al **<toll-free number>**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En resumen:Cómo 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.

* 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.

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

En resumen: Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 2

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

* La IRE hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores normalmente le darán una respuesta a más tardar en 72 horas.
* La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
* Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación a la fecha de su salida del hospital.
* Si la IRE responde **Sí** a su apelación, debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que usted recibió desde la fecha programada para su salida del hospital. También debemos continuar nuestra cobertura para 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 Medicare 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 solamente cuando son cubiertos por Medicare:

* 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. Este aviso se llama Notificación de no cobertura de Medicare.

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

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

Cuando termine su cobertura, dejaremos de pagar el costo de sus cuidados.

## 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 a nuestra decisión. Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

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

* **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección 10 en la página xx se explica cómo presentar una queja.)
* **Si necesita ayuda, pídala.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al miembro al <phone number>. O, llame al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750).

Durante una Apelación de nivel 1, una Organización para el mejoramiento de la calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que hayamos tomado. En Ohio, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. Usted puede comunicarse con KEPRO al <phone number>. La información sobre como apelar ante la Organización para el mejoramiento de la calidad también se encuentra en la Notificación de no cobertura de Medicare. Este aviso es el que usted recibió cuando se le dijo que dejaríamos de cubrir sus cuidados.

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

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado 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.

*En resume*

### ¿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. El gobierno federal 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 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. Podrá ver una muestra de este aviso por 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 de no 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** 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 tendrá que pagar el costo total por este cuidado.

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

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

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

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

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

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado 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 resumen:* Cómo presentar una apel

* 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 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.

### 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, en una institución de enfermería especializada o servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). Revisamos si la decisión sobre cuándo deberán terminar sus servicios fue justa y si se siguieron todas las reglas.

En resumen:Cómo presentar una Apelación alterna de nivel 1

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

Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas.

* Usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar para darle la respuesta a esta revisión. Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de pedirnos una “revisión rápida.”
* **Si respondemos Sí** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo con seguir cubriendo sus servicios mientras sean médicamente necesarios. También significa que estamos de acuerdo con devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
* **Si respondemos No** a su revisión rápida, estamos diciendo que terminar sus servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.

Si usted sigue recibiendo servicios después del día en que dijimos que terminarían, **usted podría tener que pagar el costo total** de los servicios. Enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente” para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando dijimos **No** a su apelación rápida. Esto significa que su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

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

* La IRE hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores normalmente le responderán en 72 horas.

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.

* 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 es un ALJ o un abogado adjudicador. Si quiere que un ALJ o un abogado adjudicador revise su caso, el artículo o servicio médico que 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 pedir que el ALJ o un abogado adjudicador revise 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 el Ombudsman de MyCare Ohio. El número de teléfono es 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750).

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

Si usted tuvo una Audiencia ante el estado por servicios cubiertos por Medicaid y la decisión de la Audiencia fue rechazada (no fue a su favor), usted tiene derecho a más apelaciones. El aviso con la decisión de la Audiencia ante el estado le explicará cómo solicitar una Apelación administrativa, enviando su solicitud a la Oficina de Audiencias del estado. La Oficina de Audiencias del estado debe recibir su solicitud dentro de los 15 días calendario de la fecha en que la decisión de la audiencia fue hecha. Si usted no está de acuerdo con la decisión de la Apelación administrativa, usted tiene derecho a apelar ante el tribunal de primera instancia del condado donde usted vive.

Si tiene preguntas o necesita asistencia con las Audiencias ante el estado o con Apelaciones administrativas, puede comunicarse con la Oficina de Audiencias del estado al 1-866-635-3748.

# 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, recibir una factura y los servicios al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

#### Quejas sobre la calidad

En resumen: Cómo presentar una queja

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

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

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

Si necesita ayuda para presentar una queja o externa, usted puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750).

* 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 o de otro proveedor.
* Su proveedor no le ofrece adaptaciones razonables necesarias para usted, como un Intérprete de idioma de señas estadounidense.

#### Quejas sobre los tiempos de espera

* Si tiene problemas para obtener una cita o si esperó demasiado tiempo para obtenerla.
* Si los médicos, farmacéuticos 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 por haber recibido una factura

* Su médico o proveedor le envió una factura.

#### 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 pagarle a un proveedor ciertos servicios médicos para que le devuelvan su dinero.
* Si cree que no enviamos a tiempo su caso a la Entidad de revisión independiente.

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 y/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 y/o externa, usted puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY Ohio Relay Service: 1-800-750-0750).

## Sección 10.1: Quejas internas

Llame a Servicios al miembro al <phone number> para presentar una queja interna. Las quejas relativas a la Parte D deben presentarse **a más tardar en 60 días calendario** después de cuando tuvo el problema por el que se quiere quejar. Todas las demás quejas deben presentarse **a más tardar en 90 días calendario** después de cuando tuvo el problema por el que se quiere quejar.

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

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

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

* Respondemos a las quejas sobre acceso al cuidado en 2 días hábiles. Responderemos el resto de las quejas 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 adicionales (en total 44 días calendario) para responder a su queja. Le avisaremos por escrito si 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 darle una decisión de cobertura o de una 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 informar a Medicare sobre su queja

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

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

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

### Usted puede informar a Medicaid sobre su queja

Puede llamar a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 o TTY 1-800-292-3572. La llamada es gratuita. También puede mandarnos su queja por e-mail a [bmhc@medicaid.ohio.gov](mailto:bmhc@medicaid.ohio.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 le han tratado injustamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o sobre asistencia con el idioma. El teléfono de la Oficina de derechos civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Si quiere más información, también puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr>.

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

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

Usted también puede tener derechos según la Ley de estadounidenses con discapacidades y según [plans may insert relevant state law]. Puede llamar a Servicios al miembro al <phone numbers> o a la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572) para pedir ayuda.

### 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 ante 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 activos y otros expertos de cuidado de salud, pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que se da a los pacientes de Medicare. Para más información sobre la Organización para el mejoramiento de la calidad, lea el capítulo 2.

En Ohio, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. El número de teléfono de KEPRO es <phone number>.