

CAPÍTULO 9

*Qué debe hacer si tiene un problema
o una queja (decisiones de
cobertura, apelaciones, quejas)*

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

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

INFORMACIÓN PRELIMINAR	229
SECCIÓN 1 Introducción.....	229
Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	229
Sección 1.2 ¿Y los términos legales?.....	229
SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están vinculadas a nosotros.....	230
Sección 2.1 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada	230
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar de solucionar su problema?	231
Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?.....	231
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES	232
SECCIÓN 4 Guía básica sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones	232
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general	232
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o cuando presenta una apelación	233
Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo le brinda los detalles para su situación?	234
SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	235
Sección 5.1 Esta sección le explica lo que debe hacer si tiene problemas para recibir cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra porción del costo de su atención	235
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitarle a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que usted desea)	236
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan).....	240

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

Sección 5.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2	243
Sección 5.5	¿Qué debe hacer para solicitarnos que le paguemos nuestra porción de una factura que ha recibido por atención médica?	245
SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	247
Sección 6.1	Esta sección le explica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D	247
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?	249
Sección 6.3	Información importante que debe conocer sobre la solicitud de excepciones	251
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	252
Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)	256
Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2	259
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización para pacientes internados más prolongada si considera que el médico le está dando el alta prematuramente	261
Sección 7.1	Durante su hospitalización como paciente internado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos	262
Sección 7.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	263
Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	266
Sección 7.4	¿Qué pasa si no logra cumplir con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?	267
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando prematuramente	270
Sección 8.1	<i>Esta sección solo abarca tres servicios:</i> atención de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios prestados por un CORF	270
Sección 8.2	Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura	271
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para solicitarle a nuestro plan que cubra su atención durante un período más prolongado.....	272

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

Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitarle a nuestro plan que cubra su atención durante un período más prolongado.....	274
Sección 8.5	¿Qué pasa si no logra cumplir con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?	276
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a los niveles subsiguientes	279
Sección 9.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de servicios médicos.....	279
Sección 9.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D	280
CÓMO PRESENTAR QUEJAS		282
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	282
Sección 10.1	¿Qué tipos de problemas se solucionan mediante el proceso de presentación de quejas?	282
Sección 10.2	El nombre formal de “presentación de una queja” es “presentación de un reclamo”	284
Sección 10.3	Paso a paso: Cómo presentar una queja	285
Sección 10.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad	287
Sección 10.5	También puede informarle su queja a Medicare	287

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**INFORMACIÓN PRELIMINAR****SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud**

Este capítulo explica dos tipos de procesos para abordar problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Con el objeto de garantizar que sus problemas se traten de manera rápida y justa, cada proceso cuenta con una serie de normas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos respetar.

¿Qué proceso debe utilizar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado que debe utilizar.

Sección 1.2 ¿Y los términos legales?

En este capítulo, se explican términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite mencionados. La mayoría de las personas no conocen muchos de estos términos, que pueden resultar difíciles de entender.

Para facilitar las cosas, en este capítulo se explican las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se prefiere usar “presentación de una queja” en lugar de “presentación de un reclamo”; “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación de en riesgo”; y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Organismo de Revisión Independiente”. También se intenta evitar el uso de abreviaturas en la mayor medida posible.

Sin embargo, a usted puede resultarle útil, y a veces es bastante importante, conocer los términos legales correctos para su situación. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse con más claridad y precisión cuando trate de solucionar su problema, y a obtener la ayuda o la información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos debe utilizar, incluimos términos legales cuando brindamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

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

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están vinculadas a nosotros

Sección 2.1	Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada
--------------------	---

En ocasiones, puede ser confuso empezar o seguir con el proceso para tratar de solucionar un problema. Esto pasa con más frecuencia si usted no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, es posible que no tenga el conocimiento necesario para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Sin embargo, en algunos casos, es posible que también desee recibir ayuda u orientación de alguien que no esté vinculado a nosotros. Puede comunicarse con el **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)** en cualquier momento. Este programa gubernamental cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no está vinculado a nosotros, a ninguna compañía de seguros ni a ningún plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué proceso debe utilizar para tratar de solucionar un problema. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecer orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información a través de Medicare

Si desea obtener más información y ayuda para tratar de solucionar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, le indicamos dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, todos los días de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

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

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar de solucionar su problema?

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, solamente debe leer las partes de este capítulo que se relacionen con su situación. La guía que se brinda a continuación le resultará de ayuda.

Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará a resolver su problema o inquietud específicos, **EMPIECE AQUÍ**.

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o con su cobertura?

(Esto incluye problemas acerca de si cierta atención médica o si ciertos medicamentos recetados están cubiertos o no, la manera en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica o de los medicamentos recetados).

Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Consulte la siguiente sección de este capítulo: **Sección 4: “Guía básica sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios ni la cobertura.

Pase directamente a la **Sección 10** de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES****SECCIÓN 4 Guía básica sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones****Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general**

Mediante el proceso de solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones, se intenta solucionar problemas relacionados con sus beneficios y con su cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con pagos. Este es el proceso que debe utilizar para cuestiones tales como determinar si algo está cubierto o no y qué tipo de cobertura tiene.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y de su cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que usted recibe atención médica de su parte o si lo deriva a un médico especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se rehúsa a brindar la atención médica que usted considera necesaria. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que usted lo reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Tomamos decisiones de cobertura por usted cada vez que decidimos lo que tiene cubierto y cuánto pagamos. Es posible que, en algunos casos, decidamos que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está conforme con dicha decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando usted presenta una apelación de una decisión por primera vez, se denomina “apelación de Nivel 1”. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si hemos cumplido con todas las normas de manera adecuada. Su apelación está a cargo de revisores distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original. Al terminar la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que trataremos más

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

adelante, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida o urgente” o una “apelación rápida o urgente” de una decisión de cobertura.

Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, usted puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es procesada por una organización independiente que no está vinculada a nosotros. (En algunas circunstancias, su caso se enviará automáticamente a una organización independiente para que se procese una apelación de Nivel 2. Si pasa esto, se lo informaremos. En otros casos, usted necesitará presentar una apelación de Nivel 2). Si no está conforme con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda seguir el proceso a través de niveles de apelación adicionales.

Sección 4.2 **Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o cuando presenta una apelación**

¿Necesita ayuda? A continuación, se indican algunos recursos que quizás desee utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamar al Departamento de Servicio para Miembros.** (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto).
- **Para obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté vinculada a nuestro plan, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud. (Consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar una solicitud en su nombre.**
 - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 relacionada con la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, automáticamente pasará al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico deberá ser designado como su representante.
 - En el caso de los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que extienda recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o de Nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otro profesional que extienda recetas deberá ser designado como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
 - Es posible que alguien ya esté legalmente autorizado por la ley estatal para desempeñarse como su representante.
 - Si desea que su representante sea un amigo, un pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona, llame al Departamento de Servicio para Miembros y solicite el formulario “Designación de un representante” (Appointment of Representative). (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto). (El formulario

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

también está disponible en el sitio web de Medicare

[<https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>]

o en la página *Forms* [Formularios] de la sección *Member Center* [Centro para Miembros] de nuestro sitio web blueshieldca.com). Por medio del formulario, se le otorga permiso a dicha persona para que actúe en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe brindarnos una copia del formulario firmado.

- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede comunicarse con su propio abogado o consultar por un abogado en el colegio de abogados de su localidad o en otro servicio de derivaciones. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si cumple con los requisitos exigidos. Sin embargo, **no tiene la obligación de contratar a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo le brinda los detalles para su situación?
--------------------	--

Hay cuatro tipos diferentes de situaciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y fechas límite, le brindamos los detalles para cada una de ellas en secciones separadas:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización para pacientes internados más prolongada si considera que el médico le está dando el alta prematuramente”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando prematuramente”. (*Se aplica solamente a estos servicios*: atención de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios prestados por un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro sobre qué sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicio para Miembros. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). (En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto están los números de teléfono de este programa).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo, *Guía “básica” sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones*? De no ser así, le recomendamos que la lea antes de empezar con esta sección.

Sección 5.1 Esta sección le explica lo que debe hacer si tiene problemas para recibir cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra porción del costo de su atención

Esta sección trata de sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto, *Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar*. Para facilitar las cosas, en general nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir siempre “atención o tratamiento o servicios médicos”.

Esta sección le brinda información acerca de lo que puede hacer si está en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe una determinada atención médica que desea y usted considera que dicha atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle y usted considera que dicha atención está cubierta por el plan.
3. Usted ha recibido atención o servicios médicos que considera que deberían estar cubiertos por el plan, pero hemos dicho que no pagaremos esta atención.
4. Usted ha recibido y pagado atención o servicios médicos que considera que deberían estar cubiertos por el plan y desea solicitarle a nuestro plan un reembolso por esta atención.
5. Se le comunica que se reducirá o se suspenderá la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo y que hemos aprobado previamente, y usted considera que la reducción o suspensión de esta atención podría provocar daños a su salud.

NOTA: Si la cobertura que se suspenderá corresponde a atención hospitalaria, atención de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o a servicios prestados por un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), deberá leer una sección aparte de este capítulo, ya que se aplican normas especiales a estos tipos de atención. A continuación, le indicamos las secciones que debe leer en esos casos:

- Sección 7 del Capítulo 9: Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización para pacientes internados más prolongada si considera que el médico le está dando el alta prematuramente.

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

- Sección 8 del Capítulo 9: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando prematuramente. Esta sección solo abarca tres servicios: atención de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios prestados por un CORF.

Para todas las demás situaciones en las que se le comunica que se suspenderá la atención médica que ha estado recibiendo, utilice esta sección (Sección 5) como guía para saber lo que debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones está?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea averiguar si cubriremos la atención o los servicios médicos que desea?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Consulte la siguiente sección de este capítulo: Sección 5.2.
¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la manera que usted desea que se cubra o pague?	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos está solicitando que reconsideremos una decisión). Pase directamente a la Sección 5.3 de este capítulo.
¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo correspondiente a la atención o los servicios médicos que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Pase directamente a la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2

Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitarle a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que usted desea)

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura está relacionada con su atención médica, se denomina “**determinación de la organización**”.

Paso 1: Le solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que usted solicita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos que tomemos una “**decisión de cobertura rápida**”.

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

Términos legales

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación urgente**”.

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que usted desea

- Como primera medida, comuníquese con nuestro plan por teléfono, por escrito o por fax a fin de presentar su solicitud para que autoricemos o brindemos la cobertura de la atención médica que usted desea. Usted, su médico o su representante pueden presentar la solicitud.
- Para obtener los detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D*.

Por lo general, utilizamos las fechas límite estándar para comunicarle nuestra decisión

Al comunicarle nuestra decisión, utilizaremos las fechas límite “estándar”, a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite “rápidas”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

- **Sin embargo, podemos tardar hasta 14 días calendario más** si usted pide más tiempo o si nosotros necesitamos información que podría resultarle beneficiosa (por ejemplo, la historia clínica de proveedores fuera de la red). Si decidimos tomarnos días adicionales para elaborar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si usted considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso de presentación de quejas es diferente del proceso de solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones. Para obtener más información acerca del proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud así lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas.**
 - **Sin embargo, podemos tardar hasta 14 días calendario más** si consideramos que falta alguna información que podría resultarle beneficiosa (por ejemplo, la historia clínica de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para obtener y brindarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.

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

- Si usted considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. (Para obtener más información acerca del proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos apenas tomemos una decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Podrá obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si está solicitando cobertura de atención médica que *todavía no ha recibido*. (No podrá obtener una decisión de cobertura rápida si nos solicita el pago de atención médica que ya recibió).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si el uso de las fechas límite estándar podría *provocar graves daños a su salud o alterar el funcionamiento de su organismo*.
- **Si su médico nos indica que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por cuenta propia, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su problema de salud no cumple con los requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para informárselo (y utilizaremos las fechas límite estándar).
 - En dicha carta se le informará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente.
 - La carta también le informará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Para obtener más información acerca del proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una “decisión de cobertura rápida”

- En términos generales, para una decisión de cobertura rápida, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**.
 - Como explicamos anteriormente, podemos tardar hasta 14 días calendario más en determinadas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para elaborar la decisión de cobertura, se lo avisaremos por escrito.
 - Si usted considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días

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

adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información acerca del proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.

- Si no le damos nuestra respuesta en el transcurso de 72 horas (o, si hay un plazo extendido, antes de que se cumpla dicho plazo), usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo debe presentar una apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura de atención médica que acordamos brindar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si extendimos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o brindaremos la cobertura antes de que se cumpla dicho plazo extendido.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito de los motivos por los que rechazamos su solicitud.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar”

- En términos generales, para una decisión de cobertura estándar, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud**.
 - Podemos demorar hasta 14 días calendario más (“plazo extendido”) en determinadas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para elaborar la decisión de cobertura, se lo avisaremos por escrito.
 - Si usted considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información acerca del proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.
 - Si no le damos nuestra respuesta en el transcurso de 14 días calendario (o, si hay un plazo extendido, antes de que se cumpla dicho plazo), usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo debe presentar una apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud. Si extendimos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o brindaremos la cobertura antes de que se cumpla dicho plazo extendido.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicarán los motivos por los que rechazamos su solicitud.

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

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación para solicitarnos que reconsideremos (y quizás cambiemos) esta decisión. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de la atención médica que usted desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de presentación de apelaciones. (Consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina una “reconsideración” del plan.
--

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué debe hacer

- **Para empezar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Para realizar una apelación estándar, debe presentar una solicitud de apelación estándar por escrito.**
 - Si alguien que no sea su médico apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir el formulario “Designación de un representante” (Appointment of Representative) en el que autorice a dicha persona a representarlo. Para obtener el formulario, llame al Departamento de Servicio para Miembros y solicite el formulario “Designación de un representante”. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto). También está disponible en el sitio web de Medicare (<https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>) o en la página *Forms* (Formularios) de la sección *Member Center* (Centro para Miembros) de nuestro sitio web

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

(blueshieldca.com). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos iniciar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en el transcurso de 44 días después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto pasa, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explique su derecho a solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **Si solicita una apelación rápida, realícela por escrito o llámenos** al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no logra cumplir con la fecha límite debido a una causa justificada, podemos darle más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de causas justificadas para no cumplir con la fecha límite pueden ser que usted haya padecido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o que nosotros le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite que usted tenía para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Estamos autorizados a cobrar una tarifa por hacer copias y enviarle esta información.
 - Si así lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida”. (Puede hacernos la solicitud por teléfono).

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración urgente”.

- Si su apelación es por una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que se necesitan para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Si desea solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Las instrucciones están incluidas más arriba en esta sección).

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

- Si su médico nos informa que su salud requiere una “apelación rápida”, se la concederemos.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Al evaluar su apelación, nuestro plan vuelve a revisar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Analizamos si respetamos todas las normas en el momento en que rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, reuniremos más información. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Cuando utilizamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le comunicaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si usted pide más tiempo o si nosotros necesitamos reunir información adicional que podría resultarle beneficiosa, **podemos tardar hasta 14 días calendario más**. Si decidimos tomarnos días adicionales para elaborar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o antes de que se cumpla el plazo extendido, en el caso de que nos hayamos tomado días adicionales), tenemos la obligación de enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización y le explicaremos qué pasa en el Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Si utilizamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación, en caso de que esta sea por cobertura de servicios que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si usted pide más tiempo o si nosotros necesitamos reunir información adicional que podría resultarle beneficiosa, **podemos tardar hasta 14 días calendario más**. Si decidimos tomarnos días adicionales para elaborar la decisión, se lo informaremos por escrito.

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

- Si usted considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información acerca del proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite establecida anteriormente (o antes de que se cumpla el plazo extendido, en el caso de que nos hayamos tomado días adicionales), tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que la revisará una organización independiente externa. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué pasa en el Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación, su caso se envía automáticamente al siguiente nivel del proceso de presentación de apelaciones.

- Para asegurarnos de que respetamos todas las normas cuando rechazamos su apelación, **tenemos la obligación de enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Esto significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de presentación de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de presentación de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre formal que recibe la “Organización de Revisión Independiente” es “**Organismo de Revisión Independiente**”. A veces, se lo denomina “**IRE**”, por sus siglas en inglés.

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

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada a nosotros ni es un organismo gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñar las funciones de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su desempeño.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias y enviarle la información.
- Tiene derecho a brindarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional que respalde su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si usted había presentado una “apelación rápida” en el Nivel 1, también le corresponderá una “apelación rápida” en el Nivel 2.

- Si había presentado una apelación rápida a nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir información adicional que podría resultarle beneficiosa, **puede tardar hasta 14 días calendario más.**

Si usted había presentado una “apelación estándar” en el Nivel 1, también le corresponderá una “apelación estándar” en el Nivel 2.

- Si había presentado una apelación estándar ante nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2. La organización de revisión deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir información adicional que podría resultarle beneficiosa, **puede tardar hasta 14 días calendario más.**

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le comunica su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y le explicará las razones.

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

- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de lo que usted solicitó,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de 72 horas o brindar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido la decisión de la organización de revisión en el caso de las solicitudes estándar o en un plazo de 72 horas desde la fecha en que el plan haya recibido la decisión de la organización de revisión en el caso de las solicitudes urgentes.
- **Si la organización de revisión rechaza parte o la totalidad de su apelación,** significa que la organización coincide con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se lo denomina “rechazar su apelación”).
 - Si la Organización de Revisión Independiente “mantiene la decisión”, usted tendrá derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, es necesario que el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita alcance un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión de Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo determinar el valor en dólares para seguir con el proceso de presentación de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea llevar su apelación al próximo nivel.

- Después del Nivel 2, hay tres niveles más en el proceso de presentación de apelaciones (un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y su caso cumple con los requisitos para seguir con el proceso de presentación de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez Administrativo o un abogado de adjudicaciones. La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones.

Sección 5.5	¿Qué debe hacer para solicitarnos que le paguemos nuestra porción de una factura que ha recibido por atención médica?
--------------------	--

Si desea solicitarnos el pago de atención médica, empiece por leer el Capítulo 7 de este folleto, *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que puede ser necesario solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor. También le explica cómo enviarnos la documentación necesaria para solicitarnos el pago.

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

Solicitar un reembolso es solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura

Al enviarnos la documentación en la que se solicita el reembolso, nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura. (Para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, analizaremos si la atención médica que pagó es o no un servicio cubierto. (Consulte el Capítulo 4, *Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar*). También analizaremos si usted respetó todas las normas para usar su cobertura de atención médica. (Estas normas se describen en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted respetó todas las normas aplicables, le enviaremos el pago de nuestra porción del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. O bien, en el caso de que aún no haya pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Enviar el pago es lo mismo que *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* respetó todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta para comunicarle que no pagaremos los servicios y le explicaremos en detalle las razones de nuestra decisión. (Rechazar su solicitud de pago es lo mismo que *rechazar* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le comunicamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, quiere decir que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de presentación de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación por un reembolso, debemos comunicarle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita que le reembolsemos el costo de atención médica que ya ha recibido y pagado por su cuenta, no podrá solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago que solicitó en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de presentación de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago que solicitó en un plazo de 60 días calendario.

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

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo, *Guía “básica” sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones?* De no ser así, le recomendamos que la lea antes de empezar con esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le explica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para que un medicamento esté cubierto, debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos [Food and Drug Administration, FDA] o avalado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata exclusivamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente usamos la palabra “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez que se lo menciona.
- Para obtener detalles sobre a qué nos referimos con los términos “medicamentos de la Parte D”, “*Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*”, “normas y restricciones sobre la cobertura” e “información sobre costos”, consulte el Capítulo 5, *Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*, y el Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*.

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la Parte D

Como se explica en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina “**determinación de cobertura**”.

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

A continuación, se incluyen algunos ejemplos de decisiones de cobertura que usted puede solicitarnos que tomemos en relación con sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, por ejemplo:
 - Nos pide que cubramos un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
 - Nos pide que no apliquemos una restricción sobre la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
 - Nos pide pagar una cantidad menor de costo compartido por un medicamento cubierto de un nivel más alto de costo compartido.
- Nos pregunta si tiene cubierto un medicamento y si cumple con las normas de cobertura correspondientes. (Por ejemplo, cuando su medicamento está incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos [Formulario]* del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos para usted).
 - *Para tener en cuenta:* Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse según lo que se indica por escrito, usted recibirá un aviso por escrito con información sobre cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre un pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede presentar una apelación.

Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use el cuadro a continuación como ayuda para determinar en qué parte encontrará información para su situación particular:

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

¿En cuál de estas situaciones está?

¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o desea que no apliquemos una norma o restricción a un medicamento que cubrimos?	¿Desea que cubramos un medicamento que está incluido en nuestra Lista de Medicamentos y considera que usted cumple con todas las normas o restricciones del plan (como obtener una aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?	¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó?	¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted desea que se cubra o pague?
<p>Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Empiece por la Sección 6.2 de este capítulo.</p>	<p>Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Pase directamente a la Sección 6.4 de este capítulo.</p>	<p>Puede solicitarnos un reembolso del costo. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Pase directamente a la Sección 6.4 de este capítulo.</p>	<p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está solicitando que reconsideremos una decisión).</p> <p>Pase directamente a la Sección 6.5 de este capítulo.</p>

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si algún medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando nos solicita una excepción, su médico u otro profesional que extienda recetas deberán explicar las razones médicas por las que debemos aprobar la excepción. Recién después evaluaremos su solicitud. A continuación, se incluyen tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que extienda recetas pueden pedirnos:

1. **Que le cubramos un medicamento de la Parte D que no está incluido en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*.** (La manera breve de referirse a esta lista es “Lista de Medicamentos”).

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

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está incluido en la Lista de Medicamentos se denomina solicitar una **“excepción del formulario”**.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está incluido en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar la cantidad del costo compartido que corresponda para los medicamentos del Nivel 5 (medicamentos inyectables). No puede pedir que hagamos una excepción en relación con la cantidad del copago o del coseguro que debe pagar por el medicamento.

2. Que quitemos una restricción sobre nuestra cobertura de un medicamento cubierto.

Hay normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. (Si desea obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales

Solicitar la eliminación de una restricción sobre la cobertura de un medicamento se denomina solicitar una **“excepción del formulario”**.

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
 - *Que le exijan que use la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *Que obtenga la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto se denomina “autorización previa”).
 - *Que le exijan que primero pruebe otro medicamento* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (Esto se denomina “tratamiento escalonado”).
 - *Límites en las cantidades*. Para algunos medicamentos, hay restricciones sobre la cantidad de medicamento que puede obtener.
- Si aceptamos hacer una excepción y quitarle una restricción, puede pedir que hagamos una excepción respecto de la cantidad del copago o del coseguro que nosotros le exigimos pagar por el medicamento.

3. Que cambiemos la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.

Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos se clasifica en alguno de los seis niveles de costo compartido. En general, mientras más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será la porción del costo del medicamento que le corresponderá pagar a usted.

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

Términos legales

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto se denomina solicitar una “**excepción del nivel de medicamento**”.

- Si nuestra Lista de Medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su problema de salud que están en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad del costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto reduciría su porción del costo del medicamento.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su problema de salud.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su problema de salud.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas genéricas o de marca para tratar su problema de salud.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) o del Nivel 6 (medicamentos de nivel especializado).
- Si aprobamos su solicitud para aplicar una excepción relacionada con el nivel de medicamento y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, usted, por lo general, pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3 Información importante que debe conocer sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que extienda recetas deben brindarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas por las cuales se solicita una excepción. Para obtener una decisión más rápida, al solicitar la excepción, incluya esta información médica brindada por su médico u otro profesional que extienda recetas.

Generalmente, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de un problema de salud particular. A estas diferentes posibilidades se las denomina “medicamentos alternativos”. Si un medicamento alternativo sería igualmente eficaz que el

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

medicamento que solicita y no provocaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita que hagamos una excepción del nivel de medicamento, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos de los niveles más bajos de costo compartido le surta el mismo efecto.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación generalmente será válida hasta el final del año del plan. Esto será así mientras su médico siga recetándole el medicamento, y el medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su problema de salud.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. La Sección 6.5 le explica cómo presentar una apelación en caso de que rechacemos su solicitud.

La siguiente sección le explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Paso 1: Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento que ya compró.

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Como primera medida, comuníquese con nosotros por teléfono, por escrito o por fax para presentar su solicitud. Tanto usted como su representante o su médico (u otro profesional que extienda recetas) pueden presentar la solicitud. También puede obtener acceso al proceso de solicitud de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener los detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*. O bien, si nos solicita que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento, consulte la sección titulada *Adónde debe enviar una solicitud para que paguemos nuestra porción del costo de la atención médica o de un medicamento que ha recibido*.
- **Usted, su médico o cualquier otra persona que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le explica cómo puede otorgarle un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.

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

- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento**, empiece por leer el Capítulo 7 de este folleto, *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales es posible que necesite solicitar un reembolso. También le explica cómo enviarnos la documentación necesaria para solicitarnos que le reembolsemos nuestra porción del costo de un medicamento que pagó.
- **Si solicita una excepción, brinde el “certificado de respaldo”**. Su médico u otro profesional que extienda recetas deben brindarnos las razones médicas para la excepción del medicamento que solicita. (Esto se denomina “certificado de respaldo”). Su médico u otro profesional que extienda recetas pueden enviarnos este certificado por fax o por correo postal. Como alternativa, su médico u otro profesional que extienda recetas pueden comunicarnos las razones por teléfono y después enviar un certificado escrito por fax o por correo postal, si es necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito**, incluidas las solicitudes presentadas con el Formulario Modelo de Determinación de Cobertura del CMS, que está disponible en nuestro sitio web.

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “ determinación de cobertura urgente ”.

Si su salud así lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

Al comunicarle nuestra decisión, utilizaremos las fechas límite “estándar”, a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite “rápidas”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido el certificado de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido el certificado de su médico.

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si solicita un medicamento que aún no ha recibido. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento que ya compró).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si el uso de las fechas límite estándar podría *provocar graves daños a su salud o alterar el funcionamiento de su organismo*.
- **Si su médico u otro profesional que extienda recetas nos indican que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**

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

- Si solicita una decisión de cobertura rápida por cuenta propia (sin el respaldo de su médico u otro profesional que extienda recetas), nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su problema de salud no cumple con los requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para informárselo (y utilizaremos las fechas límite estándar).
 - Dicha carta le informará que, si su médico u otro profesional que extienda recetas solicitan la decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente.
 - La carta también le informará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le explica cómo presentar una “queja rápida”, lo que significa que obtendría nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas después de haber recibido la queja. (El proceso de presentación de quejas es diferente del proceso de solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones. Para obtener más información acerca del proceso de presentación de quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Evaluamos su solicitud y le comunicamos nuestra respuesta.

Fechas límite para una “decisión de cobertura rápida”

- Si utilizamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas.
 - Por lo general, esto significa en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido el certificado de su médico que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una organización independiente externa la revisará. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué pasa en el Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos brindar la **cobertura** que acordamos brindar en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o el certificado de su médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicarán los motivos por los que rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo proceder para presentar una apelación.

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

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

- Si utilizamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**.
 - Por lo general, esto significa en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido el certificado de su médico que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una organización independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué pasa en el Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que acordamos brindar **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o el certificado de su médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicarán los motivos por los que rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo proceder para presentar una apelación.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una organización independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué pasa en el Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, también estamos obligados a efectuarle el pago en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicarán los motivos por los que rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo proceder para presentar una apelación.

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

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa solicitarnos que reconsideremos, y quizás cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)
--------------------	---

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina “redeterminación” del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué debe hacer

- **Para empezar su apelación, usted (o su representante, su médico u otro profesional que extienda recetas) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo postal, o mediante nuestro sitio web, por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela mediante una solicitud por escrito.**
- **Para solicitar una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos al número de teléfono que se indica en la Sección 1 del Capítulo 2, *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D.***
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito,** incluidas las solicitudes presentadas con el Formulario Modelo de Determinación de Cobertura del CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web en blueshieldca.com/med_appeals.**
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no logra cumplir con la fecha límite debido a

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

una causa justificada, podemos darle más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de causas justificadas para no cumplir con la fecha límite pueden ser que usted haya padecido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o que nosotros le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite que usted tenía para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Estamos autorizados a cobrar una tarifa por hacer copias y enviarle esta información.
 - Si así lo desea, usted y su médico u otro profesional que extienda recetas pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación urgente”.

Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si su apelación es por una decisión que hemos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que extienda recetas deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que se necesitan para obtener una “decisión de cobertura rápida”, y están descritos en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Al evaluar su apelación, volvemos a revisar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Analizamos si respetamos todas las normas en el momento en que rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que extienda recetas para obtener más información.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Al utilizar las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué pasa en el Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos brindar la cobertura que acordamos brindar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.

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

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explique por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Cuando utilizamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación relacionada con un medicamento que todavía no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión más rápido si aún no ha recibido el medicamento y si su estado de salud así lo requiere. Si considera que su salud lo requiere, debería solicitar una “apelación rápida”.
 - Si no le informamos una decisión en un plazo de 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué pasa en el Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó:**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que acordamos brindar con la rapidez que su salud exija, pero **a más tardar en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud para reembolsarle el costo de un medicamento que usted ya compró, tenemos la obligación de **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explique por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si está solicitando que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no le informamos una decisión en un plazo de 14 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una organización independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué pasa en el Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, también estamos obligados a efectuarle el pago en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicarán los motivos por los que rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo proceder para presentar una apelación.

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

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea seguir con el proceso y presentar otra apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o si sigue con otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que pasa al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones. (Consulte más adelante).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o si sigue con otra apelación. Si decide seguir con una apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisará la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre formal que recibe la “Organización de Revisión Independiente” es “**Organismo de Revisión Independiente**”. A veces, se lo denomina “**IRE**”, por sus siglas en inglés.

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro profesional que extienda recetas) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviamos incluirá las **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe respetar y cómo puede comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos a esa organización la información que tengamos sobre su apelación. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias y enviarle la información.
- Tiene derecho a brindarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional que respalde su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada a nosotros ni es un organismo gubernamental. Dicha organización es una compañía elegida por Medicare

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

para que revise nuestras decisiones acerca de los beneficios de la Parte D que usted recibe a través de nuestro plan.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará las razones.

Fechas límite para una “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización de revisión acepta concederle una “apelación rápida”, la organización de revisión deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, nosotros debemos brindar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

Fechas límite para una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar de Nivel 2, la organización de revisión deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación si se trata de un medicamento que todavía no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró, la organización de revisión deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de lo que usted solicitó:**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, nosotros debemos **brindar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que usted ya compró, tenemos la obligación de **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

¿Qué pasa si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si dicha organización rechaza su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se lo denomina “rechazar su apelación”).

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

Si la Organización de Revisión Independiente “mantiene la decisión”, usted tendrá derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, es necesario que el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcance una cantidad mínima determinada. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 será definitiva. El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en conflicto para poder seguir con el proceso de presentación de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con el requisito, usted decide si desea llevar su apelación al próximo nivel.

- Después del Nivel 2, hay tres niveles más en el proceso de presentación de apelaciones (un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y su caso cumple con los requisitos para seguir con el proceso de presentación de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo debe hacerlo están en el aviso por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez Administrativo o un abogado de adjudicaciones. La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización para pacientes internados más prolongada si considera que el médico le está dando el alta prematuramente

Cuando ingresa en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información acerca de nuestra cobertura de atención hospitalaria, incluidas todas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto, *Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para que esté preparado al retirarse del hospital. También lo ayudarán a coordinar la atención que puede necesitar una vez que se retire del hospital.

- El día en que se retira del hospital se denomina “**fecha del alta**”.
- Su médico o el personal del hospital le avisarán una vez que se haya determinado su fecha de alta.
- Si considera que le están dando el alta del hospital prematuramente, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se evaluará su solicitud. Esta sección le explica cómo debe presentar una solicitud.

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

Sección 7.1 Durante su hospitalización como paciente internado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos

Durante su hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos (An Important Message from Medicare about Your Rights)*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que ingresan en un hospital. Una persona del hospital (por ejemplo, un asistente social o un profesional de enfermería) debe dárselo en el transcurso de los dos (2) primeros días después de haber ingresado. Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicio para Miembros. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, todos los días de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea el aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende.** El aviso le brinda información sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos los siguientes:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de que esta haya concluido, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
 - Su derecho a participar en todas las decisiones relacionadas con su hospitalización y a saber quién la pagará.
 - Dónde puede informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a apelar la decisión de su alta si considera que le están dando el alta del hospital prematuramente.

Términos legales

El aviso por escrito de Medicare le informa cómo puede “solicitar una **revisión inmediata**”. La solicitud de una revisión inmediata es una manera legal y formal de solicitar un retraso en su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante un período más prolongado. (La Sección 7.2 a continuación le indica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Debe firmar el aviso por escrito para dejar constancia de que lo recibió y que entiende sus derechos.**
 - Usted o alguien que actúe en su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 4 de este capítulo le explica cómo puede otorgarle un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).

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

- Firmar el aviso indica *solamente* que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no incluye su fecha de alta. (Su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta). Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con una fecha de alta.
3. **Conserve su copia** del aviso firmado para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de atención) si la necesita.
- Si firma el aviso más de dos (2) días antes del día en que se retira del hospital, se le entregará otra copia antes de que se estipule la fecha de su alta.
 - Para consultar una copia de este aviso con anticipación, puede llamar al Departamento de Servicio para Miembros (los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, todos los días de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Además, puede leerlo por Internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Sección 7.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Si desea solicitarnos que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de presentación de apelaciones para hacer dicha solicitud. Antes de empezar, debe entender qué tiene que hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.** A continuación, le explicamos cada uno de los pasos de los dos primeros niveles del proceso de presentación de apelaciones.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y respetar las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Departamento de Servicio para Miembros. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto). O bien llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada. (Consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. La revisa para determinar si su fecha de alta programada es médicamente apropiada para usted.

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

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicita una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización está compuesta por un grupo de médicos y demás profesionales de atención de la salud patrocinados por el Gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Esta organización está patrocinada por Medicare para controlar y contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo puede comunicarse con esta organización. (O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de retirarse del hospital y **a más tardar en la fecha de alta programada**. (Su “fecha de alta programada” es la fecha que se ha estipulado para que usted se retire del hospital).
 - Si usted cumple con esta fecha límite, se le permitirá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta, *sin que tenga que pagar*, mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación.
 - Si usted no cumple con esta fecha límite y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.
- Si no logra cumplir con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad acerca de su apelación, puede presentar su apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles acerca de esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitar una “revisión rápida” de su alta a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Solicitar una “revisión rápida” significa solicitarle a la organización que utilice las fechas límite “rápidas” para una apelación en lugar de utilizar las fechas límite estándar.

Términos legales

Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata” o “revisión urgente”.

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

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué pasa durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (“los revisores”, para abreviar) le preguntarán (a usted o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debería seguir. No es necesario que prepare nada por escrito, aunque puede hacerlo si así lo prefiere.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos brindado.
- Antes del mediodía del día siguiente a la fecha en que los revisores hayan notificado a nuestro plan de su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito en el que se indica su fecha de alta programada y se explican en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que resulta adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación por escrito se denomina “**Aviso detallado del alta**”. Puede obtener un ejemplo de este aviso llamando al Departamento de Servicio para Miembros (los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, todos los días de la semana. (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048). O bien puede ver un ejemplo del aviso en el sitio web <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Paso 3: En el lapso de un día completo después de haber recopilado toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da una respuesta sobre su apelación.

¿Qué pasa si aceptan su apelación?

- Si la organización de revisión acepta su apelación, **debemos seguir brindando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo en que tales servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su porción de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, es posible que haya limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué pasa si se rechaza su apelación?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, está diciendo que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. Si esto pasa, **nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados terminará al mediodía del día siguiente** a la

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

fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé la respuesta sobre su apelación.

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé la respuesta sobre su apelación.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de Nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de presentación de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, podrá presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, puede solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise la decisión que tomó durante su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total por su estadía después de su fecha de alta programada.

A continuación, se incluyen los pasos para el Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones:

Paso 1: Usted vuelve a comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita una nueva revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su situación por segunda vez.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad vuelven a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud para que se realice una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad toman una decisión sobre su apelación y se la comunican.

Si la organización de revisión acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra porción de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo en que sea médicamente necesario.**
- Usted debe seguir pagando su porción de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomó sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiará. Esto se denomina “mantener la decisión”.
- El aviso que reciba le explicará por escrito qué puede hacer si desea seguir adelante con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo seguir con el próximo nivel de apelación, que está a cargo de un Juez Administrativo o un abogado de adjudicaciones.

Paso 4: Si se rechaza su apelación, debe decidir si desea llevar su apelación al próximo nivel y seguir con el Nivel 3.

- Después del Nivel 2, hay tres niveles más en el proceso de presentación de apelaciones (un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir entre aceptar esa decisión o seguir con el Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez Administrativo o un abogado de adjudicaciones.
- La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones.

Sección 7.4	¿Qué pasa si no logra cumplir con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Puede optar por presentarnos su apelación a nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápidamente y comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para empezar con la primera apelación de su alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de retirarse del hospital y a más tardar en su fecha de alta programada). Si no logra cumplir con la fecha límite para comunicarse con esta organización, tiene otra opción para presentar su apelación.

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

Si utiliza esta otra opción para presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si no logra cumplir con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación a nosotros y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que se rige por las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

Términos legales
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación urgente ”.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros para solicitar una “revisión rápida”.

- Para obtener los detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D.*
- Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”. Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta y utilicemos las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite “estándar”.

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de su fecha de alta programada para determinar si era médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, evaluamos toda la información sobre su hospitalización. Analizamos si su fecha de alta programada era médicamente apropiada. Determinaremos si la decisión sobre cuándo debía retirarse del hospital era justa y cumplía con todas las normas.
- En esta situación, utilizaremos las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite estándar para darle una respuesta sobre esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted haya solicitado una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta, y seguiremos brindándole los servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo en que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra porción de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar su porción de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, significa que consideramos que su fecha de alta programada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados termina la fecha en que dijimos que terminaría dicha cobertura.

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

- Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se envía automáticamente al siguiente nivel del proceso de presentación de apelaciones.

- Para asegurarnos de que respetamos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **tenemos la obligación de enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones.

Paso a paso: Proceso para presentar una apelación alternativa de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de presentación de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal que recibe la “Organización de Revisión Independiente” es “ Organismo de Revisión Independiente ”. A veces, se lo denomina “ IRE ”, por sus siglas en inglés.

Paso 1: Derivamos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Tenemos la obligación de enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de haberle comunicado que rechazábamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta o con cualquier otra fecha límite, puede presentar una queja. El proceso de presentación de quejas es diferente del proceso de presentación de apelaciones. En la Sección 10 de este capítulo se explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada a nuestro plan ni es un organismo gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñar las funciones de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su desempeño.

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

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación sobre el alta del hospital.
- **Si esta organización acepta su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle) nuestra porción de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde la fecha de su alta programada. También debemos seguir con la cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados que el plan le brinda durante el tiempo en que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su porción de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, tales limitaciones podrían limitar qué cantidad de dinero le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital era médicamente apropiada.
 - El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le comunicará por escrito lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo seguir con una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un Juez Administrativo o un abogado de adjudicaciones.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea llevar su apelación al próximo nivel.

- Después del Nivel 2, hay tres niveles más en el proceso de presentación de apelaciones (un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted elige si acepta esa decisión o si sigue con el Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando prematuramente

Sección 8.1	<i>Esta sección solo abarca tres servicios: atención de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios prestados por un CORF</i>
--------------------	--

Esta sección trata *solo* sobre los siguientes tipos de atención:

- **Los servicios de atención de la salud en el hogar** que recibe.
- **La atención de enfermería especializada** que recibe como paciente de un centro de enfermería especializada. (Si desea obtener información sobre los requisitos que un lugar debe cumplir para que se considere “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).

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

- **La atención de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente o que está recuperándose de una operación compleja. Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*.

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo en que sea necesaria la atención para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluidas su porción del costo y cualquier limitación que pueda aplicarse sobre la cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto, *Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar*.

Cuando decidimos que corresponde dejar de cubrirle cualquiera de estos tres tipos de atención, tenemos la obligación de comunicárselo con anticipación. Cuando termine su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra porción del costo de su atención*.

Si considera que estamos terminando la cobertura de su atención prematuramente, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le explica cómo presentar una solicitud para una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

1. **Usted recibe un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, usted recibirá un aviso.
 - El aviso por escrito le informa la fecha en que dejaremos de cubrirle la atención.
 - El aviso por escrito también le explica qué puede hacer si desea solicitarle a nuestro plan que cambie la decisión respecto de cuándo terminará su atención y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales

El aviso por escrito le explica qué puede hacer para solicitar una **“apelación acelerada”**. La solicitud de una apelación acelerada es una manera legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo interrumpir su atención. (La Sección 7.3 a continuación le explica cómo puede solicitar una apelación acelerada).

El aviso por escrito se denomina **“Aviso de No Cobertura de Medicare”**. Para obtener una copia de ejemplo, llame al Departamento de Servicio para Miembros (los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, todos los días de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar la copia disponible en el sitio web <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**2. Debe firmar el aviso por escrito para dejar constancia de que lo recibió.**

- Usted o alguien que actúe en su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 4 le explica cómo otorgarle un permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
- Firmar el aviso indica *solamente* que usted ha recibido la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que usted está de acuerdo** con el plan en que es momento de que deje de recibir la atención.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para solicitarle a nuestro plan que cubra su atención durante un período más prolongado
--------------------	---

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá recurrir al proceso de presentación de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, debe entender qué tiene que hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.** A continuación, le explicamos cada uno de los pasos de los dos primeros niveles del proceso de presentación de apelaciones.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y respetar las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe respetar. (Si considera que no cumplimos con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le explica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Departamento de Servicio para Miembros. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este folleto). O bien llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada. (Consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si cambiar o no la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Usted presenta su apelación de Nivel 1: se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicita una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización está compuesta por un grupo de médicos y demás expertos en atención de la salud patrocinados por el Gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Inspeccionan la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare y evalúan las decisiones del plan acerca de cuándo corresponde dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

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

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió le indica cómo puede comunicarse con esta organización. (O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una “apelación acelerada” (es decir, que realice una revisión independiente) para determinar si es médicamente apropiado que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para presentar su apelación *a más tardar al mediodía del día siguiente a la fecha en que reciba el aviso por escrito en el que se le informa cuándo dejaremos de cubrir su atención.*
- Si no logra cumplir con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad acerca de su apelación, puede presentarnos su apelación directamente a nosotros. Para obtener detalles acerca de esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.***¿Qué pasa durante esta revisión?***

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (“los revisores”, para abreviar) le preguntarán (a usted o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debería seguir. No es necesario que prepare nada por escrito, aunque puede hacerlo si así lo prefiere.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan haya brindado.
- Al final del día en que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra que explica en detalle las razones para terminar nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales

Este aviso explicativo se denomina
“Explicación Detallada de No Cobertura”.

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

Paso 3: En el lapso de un día completo después de haber recopilado toda la información necesaria, los revisores le comunican su decisión.

¿Qué pasa si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir brindando sus servicios cubiertos durante el tiempo en que tales servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su porción de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, es posible que haya limitaciones para sus servicios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué pasa si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura terminará en la fecha que le hayamos comunicado.** Dejaremos de pagar nuestra porción de los costos por este servicio de atención el día indicado en el aviso.
- Si decide seguir recibiendo la atención de la salud en el hogar, la atención del centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en que su cobertura termina, **usted deberá pagar el costo total** de la atención por su cuenta.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de Nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación.

- La primera apelación que presenta corresponde al “Nivel 1” del proceso de presentación de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted elige seguir recibiendo la atención después de que su cobertura de la atención ha terminado, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de presentación de apelaciones.

Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitarle a nuestro plan que cubra su atención durante un período más prolongado
--------------------	---

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted decide seguir recibiendo la atención después de que su cobertura de la atención ha terminado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, puede solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise la decisión que tomó durante su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total por la atención de la salud en el hogar, la atención del centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

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

A continuación, se incluyen los pasos para el Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones:

Paso 1: Usted vuelve a comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita una nueva revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechaza* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar la revisión solamente si sigue recibiendo la atención después de la fecha en que termina la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su situación por segunda vez.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad vuelven a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días después de haber recibido su solicitud de apelación, los revisores toman una decisión sobre su apelación y se la comunican.

¿Qué pasa si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra porción de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para la atención durante el tiempo en que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando su porción de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué pasa si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le explicará por escrito qué puede hacer si desea seguir adelante con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo seguir con el próximo nivel de apelación, que está a cargo de un Juez Administrativo o un abogado de adjudicaciones.

Paso 4: Si se rechaza su apelación, debe decidir si desea llevar su apelación al próximo nivel.

- Hay tres niveles más de apelación después del Nivel 2, lo que equivale a un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir entre aceptar esa decisión o seguir con el Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez Administrativo o un abogado de adjudicaciones.
- La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones.

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

Sección 8.5 ¿Qué pasa si no logra cumplir con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?

Puede optar por presentarnos su apelación a nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar rápidamente y comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para empezar con la primera apelación (en el transcurso de un día o dos, como máximo). Si no logra cumplir con la fecha límite para comunicarse con esta organización, tiene otra opción para presentar su apelación. Si utiliza esta otra opción para presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si no logra cumplir con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación a nosotros y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que se rige por las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

A continuación, se incluyen los pasos para una apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “**apelación urgente**”.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros para solicitar una “revisión rápida”.

- Para obtener los detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta y utilicemos las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite “estándar”.

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos acerca de cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a evaluar toda la información sobre su caso. Evaluamos si respetamos todas las normas al determinar la fecha para que el plan termine la cobertura de los servicios que usted estaba recibiendo.
- Utilizamos las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite estándar para darle una respuesta sobre esta revisión.

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

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted haya solicitado una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- Si **aceptamos su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por un período más largo y seguiremos brindándole sus servicios cubiertos durante el tiempo en que sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra porción de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar su porción de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- Si **rechazamos su apelación rápida**, su cobertura terminará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna porción de los costos después de dicha fecha.
- Si sigue recibiendo la atención de la salud en el hogar, la atención del centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de la atención por su cuenta.

Paso 4: Si **rechazamos su apelación rápida**, su caso pasa **automáticamente** al siguiente nivel del proceso de presentación de apelaciones.

- Para asegurarnos de que respetamos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **tenemos la obligación de enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones.

Paso a paso: Proceso para presentar una apelación *alternativa* de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de presentación de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre formal que recibe la “Organización de Revisión Independiente” es “**Organismo de Revisión Independiente**”. A veces, se lo denomina “**IRE**”, por sus siglas en inglés.

Paso 1: Derivamos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Tenemos la obligación de enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de haberle

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

comunicado que rechazábamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta o con cualquier otra fecha límite, puede presentar una queja. El proceso de presentación de quejas es diferente del proceso de presentación de apelaciones. En la Sección 10 de este capítulo se explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada a nuestro plan ni es un organismo gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñar las funciones de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su desempeño.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra porción de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención durante el tiempo en que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su porción de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, tales limitaciones podrían limitar qué cantidad de dinero le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó sobre su primera apelación y no la cambiará.
 - El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le comunicará por escrito lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea llevar su apelación al próximo nivel.

- Hay tres niveles más de apelación después del Nivel 2, lo que equivale a un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir entre aceptar esa decisión o seguir con el Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez Administrativo o un abogado de adjudicaciones.
- La Sección 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a los niveles subsiguientes****Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de servicios médicos**

Es posible que esta sección sea apropiada para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por los cuales usted presentó una apelación cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, ya no podrá presentar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente elevado, la respuesta por escrito que reciba respecto de su apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. A continuación, se indica quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de dichos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado Juez Administrativo) o un abogado de adjudicaciones que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez Administrativo o el abogado de adjudicaciones acepta su apelación, puede que el proceso de presentación de apelaciones *termine o no termine*.** Nosotros decidiremos si apelaremos o no tal decisión en el Nivel 4. A diferencia de las decisiones que se toman en el Nivel 2 (a cargo de la Organización de Revisión Independiente), nosotros tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Juez Administrativo o del abogado de adjudicaciones.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con todos los documentos adjuntos. Podremos esperar a que se tome una decisión respecto de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar los servicios en conflicto.
- **Si el Juez Administrativo o el abogado de adjudicaciones rechaza su apelación, puede que el proceso de presentación de apelaciones *termine o no termine*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de presentación de apelaciones termina.

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

- Si usted decide no aceptar esta decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez Administrativo o el abogado de adjudicaciones rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará cuáles son los pasos que debe seguir si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable en la apelación de Nivel 3, puede que el proceso de presentación de apelaciones termine o no termine.** Nosotros decidiremos si apelamos o no tal decisión en el Nivel 5. A diferencia de las decisiones que se toman en el Nivel 2 (a cargo de la Organización de Revisión Independiente), nosotros tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, puede que el proceso de presentación de apelaciones termine o no termine.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de presentación de apelaciones termina.
 - Si usted decide no aceptar esta decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten seguir con una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten avanzar con el proceso, el aviso por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y cuáles son los pasos que debe seguir si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de presentación de apelaciones.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D

Es posible que esta sección sea apropiada para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que usted presentó una apelación alcanza un determinado valor mínimo en dólares, es posible que pueda pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es menor, ya no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que

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

reciba respecto de su apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. A continuación, se indica quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de dichos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado Juez Administrativo) o un abogado de adjudicaciones que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de presentación de apelaciones termina.** Significa que se ha aprobado lo que usted solicitó en la apelación. En este caso, nosotros debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Juez Administrativo o el abogado de adjudicaciones **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones urgentes) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, puede que el proceso de presentación de apelaciones termine o no termine.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de presentación de apelaciones termina.
 - Si usted decide no aceptar esta decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez Administrativo o el abogado de adjudicaciones rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará cuáles son los pasos que debe seguir si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de presentación de apelaciones termina.** Significa que se ha aprobado lo que usted solicitó en la apelación. En este caso, nosotros debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones urgentes) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, puede que el proceso de presentación de apelaciones termine o no termine.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de presentación de apelaciones termina.
 - Si usted decide no aceptar esta decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o niega su solicitud de revisión de la apelación, el aviso que recibirá le indicará si las normas le permiten seguir con una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten avanzar

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

con el proceso, el aviso por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y cuáles son los pasos que debe seguir si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de presentación de apelaciones.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS**SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**

Si su problema está relacionado con decisiones sobre beneficios, cobertura o pagos, esta sección *no es para usted*. Debe utilizar el proceso de solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se solucionan mediante el proceso de presentación de quejas?

Esta sección explica cómo utilizar el proceso de presentación de quejas. El proceso de presentación de quejas se utiliza *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto abarca problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Se incluyen aquí algunos ejemplos de los tipos de problemas que se tratan mediante el proceso de presentación de quejas.

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

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención recibida en el hospital)?
Respeto por su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien se ha comportado de manera grosera o irrespetuosa hacia usted? • ¿Está insatisfecho con la manera en que el personal del Departamento de Servicio para Miembros lo ha tratado? • ¿Siente que lo están impulsando a dejar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Le está resultando difícil conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, o al personal del Departamento de Servicio para Miembros u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Algunos ejemplos incluyen largas esperas en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes o para obtener un medicamento recetado.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de alguna clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que le brindamos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos dado algún aviso que tenemos la obligación de darle? • ¿Considera que la información escrita que le hemos brindado es difícil de entender?

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

Queja	Ejemplo
<p>Cumplimiento de los plazos establecidos (Todos estos tipos de quejas están relacionados con el cumplimiento de los plazos establecidos para nuestras acciones vinculadas a decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si usted solicita una decisión o presenta una apelación, debe utilizar dicho proceso, no el proceso de presentación de quejas.</p> <p>Sin embargo, si usted ya ha solicitado una decisión de cobertura o presentado una apelación y considera que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra demora. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos ha solicitado que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y le hemos respondido que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si considera que no cumplimos con las fechas límite para darle una decisión de cobertura o una respuesta sobre una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que hemos tomado y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle el costo de ciertos servicios médicos o medicamentos, rigen determinadas fechas límite. Si considera que no cumplimos con las fechas límite correspondientes, puede presentar una queja. • Si no le comunicamos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos antes de la fecha límite establecida, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal de “presentación de una queja” es “presentación de un reclamo”

Términos legales

- Lo que en esta sección se denomina “queja” también recibe el nombre de “reclamo”.
- Un término equivalente a “presentar una queja” es “presentar un reclamo”.
- Otra manera de decir “utilizar el proceso de presentación de quejas” es “utilizar el proceso de presentación de un reclamo”.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja****Paso 1: Usted se comunica con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **Por lo general, el primer paso es llamar al Departamento de Servicio para Miembros.** Si debe hacer algo más, el personal del Departamento de Servicio para Miembros se lo informará. Llame al Departamento de Servicio para Miembros al (800) 776-4466 (TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., los sábados y domingos), desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
- **Si no desea llamarnos (o si llamó y no está satisfecho), puede enviarnos una queja por escrito.** Si presenta una queja por escrito, la responderemos por escrito.
- Funciona de esta manera:
 - Paso 1: Presentación de un reclamo

Para empezar el proceso, llame a un representante del Departamento de Servicio para Miembros en un plazo de 60 días calendario después de ocurrido el incidente y solicite presentar un reclamo. También puede presentar un reclamo por escrito en un plazo de 60 días calendario después de ocurrido el incidente y enviarlo a:

Blue Shield 65 Plus
Appeals & Grievances Department
P.O. Box 927, Woodland Hills CA 91365-9856
FAX: (916) 350-6510

Si desea comunicarse con nosotros por fax o por correo postal, llámenos para solicitarnos un **Formulario de apelaciones y reclamos de Blue Shield 65 Plus**.

En un plazo de cinco (5) días calendario después de haber recibido el aviso sobre su inquietud, le enviaremos una carta para informarle la recepción y le brindaremos el nombre de la persona encargada de su caso. Por lo general, lo resolveremos en el transcurso de 30 días calendario.

Si solicita un “reclamo urgente” porque decidimos no otorgarle una “decisión rápida” o una “apelación rápida”, o bien porque solicitamos una extensión para nuestra decisión inicial o apelación rápida, enviaremos su solicitud a un director médico que no haya participado en nuestra decisión original. Es posible que le preguntemos si cuenta con información adicional que no haya estado disponible en el momento en que usted solicitó una “decisión inicial rápida” o una “apelación rápida”.

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

El director médico revisará su solicitud y decidirá si nuestra decisión original fue apropiada. Le haremos llegar una carta con nuestra decisión en el transcurso de las 24 horas siguientes a su solicitud de “reclamo urgente”.

Debemos ocuparnos de su reclamo tan pronto como su caso lo requiera según su estado de salud, pero no podremos demorarnos más de 30 días calendario desde la fecha en que recibimos su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más si usted lo solicita o si nosotros justificamos la necesidad de contar con información adicional y la demora lo beneficia.

- Paso 2: Audiencia por el reclamo

Si no está satisfecho con esta resolución, puede enviar por escrito una solicitud de audiencia por el reclamo al Departamento de Apelaciones y Reclamos de Blue Shield 65 Plus. En un plazo de 31 días calendario después de haber recibido su solicitud por escrito, convocaremos una junta para que trate su caso. Usted podrá asistir a la audiencia, en la que participarán un médico imparcial y un representante del Departamento de Resolución de Apelaciones y Reclamos. Usted podrá presenciar la audiencia en persona o mediante una teleconferencia. Después de la audiencia, le haremos llegar una carta con la resolución final.

- **Ya sea que lo haga por teléfono o por escrito, debe comunicarse con el Departamento de Servicio para Miembros inmediatamente.** La queja debe presentarse en un plazo de 60 días calendario después de ocurrido el problema por el cual desea quejarse.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida”.** Si tiene una “queja rápida”, significa que le comunicaremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

Términos legales
Lo que en esta sección se denomina “queja rápida” también recibe el nombre de “reclamo urgente”.

Paso 2: Consideramos su queja y le comunicamos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos inmediatamente.** Si nos llama por una queja, es posible que le demos una respuesta durante la misma llamada. Si su estado de salud así lo requiere, le responderemos rápidamente.
- **La mayoría de las quejas se responden en el transcurso de 30 días calendario.** Si necesitamos información adicional y la demora lo beneficia, o si usted solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.

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

- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su queja o no asumimos responsabilidad por el problema por el cual presentó su queja, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá las razones por las cuales le brindamos esa respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo o no con la queja.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso que se indica más arriba.

Cuando su queja está relacionada con la *calidad de la atención*, también cuenta con dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si así lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante dicha organización (*sin* presentarnos la queja a nosotros).
 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención de la salud en ejercicio que reciben un pago del Gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.
 - Para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad correspondiente a su estado, consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos junto con ella para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante ambos al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención ante nuestro plan y también ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 10.5 También puede informarle su queja a Medicare

Usted puede presentar una queja sobre Blue Shield 65 Plus directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare considera sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no se está ocupando de su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.