

CAPÍTULO 7

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

Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

INFORMACIÓN PRELIMINAR	111
SECCIÓN 1 Introducción.....	111
Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	111
Sección 1.2 ¿Y los términos legales?.....	111
SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están vinculadas a nosotros	112
Sección 2.1 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada	112
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar de solucionar su problema?	113
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?	113
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES	114
SECCIÓN 4 Guía básica sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	114
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general	114
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o cuando presenta una apelación	115
SECCIÓN 5 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	116
Sección 5.1 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.....	116
Sección 5.2 ¿Qué es una excepción?	118
Sección 5.3 Información importante que debe conocer sobre la solicitud de excepciones	120
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	121
Sección 5.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)	125
Sección 5.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2	128

SECCIÓN 6	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a los niveles subsiguientes	130
Sección 6.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D	130
CÓMO PRESENTAR QUEJAS		132
SECCIÓN 7	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	132
Sección 7.1	¿Qué tipos de problemas se solucionan mediante el proceso de presentación de quejas?	132
Sección 7.2	El nombre formal de “presentación de una queja” es “presentación de un reclamo”	135
Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una queja	136
Sección 7.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad	138
Sección 7.5	También puede informarle su queja a Medicare	138

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 cobertura” o “determinación de 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.

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>).

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

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 medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con pagos. Este es el proceso que debe utilizar para cuestiones tales como determinar si un medicamento 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 medicamentos recetados.

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 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 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 solicitar una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es procesada por una organización independiente que no está vinculada a nosotros. 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 u otro profesional que extienda recetas pueden realizar una solicitud en su nombre.** 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 sea su representante un amigo, un pariente, su médico u otro profesional que extienda recetas, 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 también está disponible en el sitio web de Medicare [<https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/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 5 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 5.1	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 3 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 3, *Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*, y el Capítulo 4, *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 ”.

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:

¿En cuál de estas situaciones está?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿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?	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Empiece por la Sección 5.2 de este capítulo.
¿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?	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Pase directamente a la Sección 5.4 de este capítulo.
¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó?	Puede solicitarnos un reembolso del costo. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Pase directamente a la Sección 5.4 de este capítulo.
¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento 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 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2 ¿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”).

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 el Capítulo 3).

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.

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 5.3	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 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 5.5 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 5.4	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 un medicamento que ha obtenido*.
- **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.

- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento,** empiece por leer el Capítulo 5 de este folleto, *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de los costos de medicamentos cubiertos*. El Capítulo 5 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 5.2 y 5.3 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.

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

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

- 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 7. 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 7 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.

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.

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 5.5	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 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 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 mediante nuestro sitio web. Para ello, ingrese 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 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.

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

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

- 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 5.4 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.

- **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.

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 5.6 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

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”).

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 6 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones.

SECCIÓN 6 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a los niveles subsiguientes

Sección 6.1 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 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 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.
 - 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 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 7 **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 7.1 ¿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.

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?
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">• ¿Ha tenido que esperar demasiado a farmacéuticos 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 o para obtener un medicamento recetado.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de alguna farmacia?
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?

Queja	Ejemplo
<p>Cumplimiento de los plazos establecidos (Todos estos tipos de quejas están relacionados con el <i>cumplimiento de los plazos establecidos</i> 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 6 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 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 7.2

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**”.

Sección 7.3 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 (888) 239-6469 (TTY: 711); el horario de atención es 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 Rx Enhanced
Appeals & Grievances
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 Rx Enhanced**.

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 7. 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 Rx Enhanced. 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.

- **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 7.4	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 7.5	También puede informarle su queja a Medicare
--------------------	---

Usted puede presentar una queja sobre Blue Shield Rx Enhanced 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.