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

[Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number and section. For example, "refer to Chapter 9, Section A." An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

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

Introducción

En este capítulo, hay información sobre sus derechos a pedir una decisión de cobertura, apelar o presentar una queja. Léalo para saber qué hacer, si:

* Usted tiene un problema o una queja sobre su plan.
* Usted necesita un servicio, suministro o medicamento y su plan ha dicho que no lo pagará.
* Usted no está de acuerdo con una decisión tomada por su plan sobre su cuidado.
* Usted cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.

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

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

Usted debería recibir el cuidado de salud, los medicamentos y los servicios y respaldos a largo plazo que su médico y otros proveedores consideren necesarios como parte de su plan de cuidado. Sin embargo, a veces es posible que tenga un problema cuando obtenga servicios, o puede estar insatisfecho con la manera en la que los servicios se prestaron o cómo lo trataron. Este capítulo explica las distintas opciones que usted tiene para abordar los problemas y quejas sobre nuestro plan, los proveedores de nuestro plan, los servicios que recibe y el pago de los servicios. **También puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 para que le ayude a resolver su problema.**

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

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

Tabla de contenidos

[A. Qué hacer si tiene un problema 4](#_Toc170893824)

[A1. Acerca de los términos legales 4](#_Toc170893825)

[B. Dónde llamar para pedir ayuda 4](#_Toc170893826)

[B1. Dónde obtener más información y ayuda 4](#_Toc170893827)

[C. Problemas con sus beneficios 6](#_Toc170893828)

[C1. Usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja 6](#_Toc170893829)

[D. Decisiones de cobertura y apelaciones 7](#_Toc170893830)

[D1. Resumen de las decisiones de cobertura y apelaciones 7](#_Toc170893831)

[D2. Usar la sección de este capítulo que puede ayudarle 8](#_Toc170893832)

[E. Problemas sobre cuidados médicos 10](#_Toc170893833)

[E1. Cuándo usar esta sección 10](#_Toc170893834)

[E2. Pedir una decisión de cobertura 12](#_Toc170893835)

[E3. Apelación de Nivel 1 para cuidados médicos (que no sean medicamentos de la Parte D) 14](#_Toc170893836)

[E4. Apelación de Nivel 2 para cuidados médicos(que no sean medicamentos de la Parte D) 19](#_Toc170893837)

[E5. Problemas de pagos 24](#_Toc170893838)

[F. Medicamentos de la Parte D 26](#_Toc170893839)

[F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que se le reembolse el pago por un medicamento de la Parte D 26](#_Toc170893840)

[F2. Qué es una excepción 28](#_Toc170893841)

[F3. Qué debe saber cuando pide una excepción 29](#_Toc170893842)

[F4. Cómo pedir una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción 30](#_Toc170893843)

[F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D 34](#_Toc170893844)

[F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D 36](#_Toc170893845)

[G. Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital 38](#_Toc170893846)

[G1. Aprender sus derechos de Medicare 38](#_Toc170893847)

[G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital 39](#_Toc170893848)

[G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital 42](#_Toc170893849)

[H. Qué hacer si cree que sus servicios de Medicare de cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto 43](#_Toc170893850)

[H1. Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura 43](#_Toc170893851)

[H2. Apelación de Nivel 1 para continuar su cuidado 43](#_Toc170893852)

[H3. Apelación de Nivel 2 para continuar su cuidado 46](#_Toc170893853)

[I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 47](#_Toc170893854)

[I1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare 47](#_Toc170893855)

[I2. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicaid 47](#_Toc170893856)

[J. Cómo presentar una queja 48](#_Toc170893857)

[J1. Qué tipos de problemas deberían causar una queja 48](#_Toc170893858)

[J2. Quejas internas 50](#_Toc170893859)

[J3. Quejas externas 51](#_Toc170893860)

# Qué hacer si tiene un problema

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

## A1. Acerca de los términos legales

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

Por ejemplo, decimos:

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

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

# Dónde llamar para pedir ayuda

## B1. Dónde obtener más información y ayuda

En ocasiones, puede ser confuso comenzar o continuar el proceso para solucionar un problema. Esto puede ser especialmente difícil si usted no se encuentra bien o no tiene energía. Otras veces, es posible que no sepa cómo dar el siguiente paso.Para obtener ayuda, puede ponerse en contacto con cualquiera de los siguientes recursos.

### Cómo obtener ayuda de Servicios al miembro de <plan name>

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

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

Envíe el formulario o la carta a: <mailing address>

### Cómo obtener ayuda del Departamento de Ohio Medicaid

Si necesita ayuda, puede llamar a la Línea directa al consumidor de Ohio Medicaid. En la línea directa pueden responder a sus preguntas y dirigirlo al personal que lo ayudará a comprender qué debe hacer con respecto a su problema. La línea directa no está vinculada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Puede llamar a la línea directa al consumidor de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY: 711), de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. También puede visitar el sitio web del Departamento de Medicaid de Ohio en [www.medicaid.ohio.gov](http://www.medicaid.ohio.gov).

### Cómo obtener ayuda del Ombudsman de MyCare Ohio

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

El Ombudsman de MyCare Ohio es una entidad defensora independiente y no está vinculada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de retransmisión de Ohio de TTY: 1-800-750-0750), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. También puede presentar una queja en línea en: [aging.ohio.gov/contact](http://aging.ohio.gov/contact). Los servicios son gratuitos.

### Cómo obtener ayuda de Medicare

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

* Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana. TTY: 1‑877-486-2048. La llamada es gratuita.

Visite el sitio web de Medicare en [es.medicare.gov](http://es.medicare.gov).

### Cómo obtener ayuda de otros recursos

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

* Puede hablar con su médico o con otro proveedor. Su médico u otro proveedor pueden pedir una decisión de cobertura. Si usted no está de acuerdo con la decisión de cobertura, el médico u otro proveedor que solicitó el servicio pueden presentar una Apelación de Nivel 1 en su nombre (consulte la Sección E3 para conocer más sobre apelaciones de Nivel 1).
* Si desea que su médico u otro proveedor actúen en su nombre para una apelación por servicios cubiertos solo por Medicaid o para pedir una Audiencia ante el estado con Medicaid, debe nombrarlo como su representante por escrito.
* Puede hablar con un amigo o miembro de su familia.Un amigo o un miembro de su familia pueden pedir una decisión de cobertura, una apelación o presentar una queja en su nombre si usted los nombra como su “representante”.
* Si quiere que alguien sea su representante, llame a Servicios al miembro y pida el formulario de “Nombramiento de un representante”. También podrá obtener este formulario entrando en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf) [plans may also insert: o en nuestro sitio web en <URL **or** link to form>]. Este formulario autoriza a la persona a actuar en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
* [Plans that accept other types of written authorization, insert: También aceptaremos una carta u otra forma adecuada para autorizar a su representante.]
* Puede hablar con un abogado. Puede llamar a su propio abogado o conseguir el nombre de un abogado de la asociación local de abogados u otro servicio de referidos. Si desea obtener información sobre ayuda legal gratuita, puede comunicarse con su oficina local de ayuda legal o llamar al servicio de Asistencia Legal de Ohio al número gratuito 1-866-529-6446 (1-866-LAW-OHIO). Si quiere que un abogado le represente, deberá rellenar el formulario de Nombramiento de un representante. Tenga en cuenta que **no necesita que un abogado** pida una decisión de cobertura o presente una apelación o queja.

# Problemas con sus beneficios

C1. Usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja

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

| **¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o su cobertura?**  (Esto incluye problemas sobre si su cuidado médico particular (artículos médicos, servicios médicos y/o, medicamentos de receta de la Parte B y/o servicios y respaldos a largo plazo) están o no cubiertos, la forma en que están cubiertos y problemas relacionados con el rechazo de pago de artículos y servicios por parte del plan). | |
| --- | --- |
| **Sí.** Mi problema es sobre  beneficios o cobertura.  Consulte la **Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones”**. | **No.** Mi problema no es sobre  beneficios o cobertura.  Salte a la **Sección J: “Cómo presentar una queja”**. |

# Decisiones de cobertura y apelaciones

## D1. Resumen de las decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones se ocupa de problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de receta de la Parte B, incluso el pago de los mismos). Para simplificar la terminología, solemos referirnos a artículos médicos, servicios y medicamentos de receta de la Parte B como **cuidados médicos**.

### ¿Qué es una decisión de cobertura?

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

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

### ¿Qué es una apelación?

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

### ¿Cómo puedo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones?

Si necesita ayuda, puede comunicarse con cualquiera de los recursos descritos en la Sección B1.

## D2. Usar la sección de este capítulo que puede ayudarle

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

* La **Sección E,** le da información si tiene problemas para recibir cuidados médicos (pero **no** medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
* No está recibiendo un servicio que usted quiere y cree que nuestro plan lo cubre.
* No aprobamos algún cuidado médico que su médico quiere darle y usted cree que este cuidado debería ser cubierto.
* **NOTA:** Use la **Sección E** solamente si tiene problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como Lista de medicamentos, que tienen un símbolo [plans should insert symbol used in the Drug List to indicate Medicaid covered drugs] **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la **Sección F** para presentar apelaciones por los medicamentos de la Parte D.
* Usted recibió cuidado médico que cree que deberían estar cubiertos, pero nosotros no hemos pagado por este cuidado.
* Usted recibió cuidados médicos que creía que estaban cubiertos y pagó por ellos, y quiere pedirnos que paguemos por los servicios para que se le reembolse su pago.
* Le dijeron que la cobertura del cuidado médico que ha estado recibiendo será reducida o interrumpida y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
* **NOTA:** Si la cobertura que será suspendida es por cuidados en un hospital, en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), usted deberá leer una sección aparte de este capítulo, ya que para esos tipos de servicios corresponden reglas especiales. Consulte las **Secciones G** y **H**.
* Su solicitud de decisión de cobertura podría ser desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Por ejemplo, su solicitud podría ser desestimada en los casos siguientes: si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no acredita que usted lo ha autorizado, o si usted pide que su solicitud sea retirada. Si tras enviar una solicitud de decisión de cobertura, esta es desestimada, le enviaremos un aviso en el que le explicaremos por qué, y le informaremos sobre cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión es un proceso formal denominado apelación
* La **Sección F** le ofrece información si tiene problemas con los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
* Quiere pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.
* Quiere pedirnos que cancelemos los límites en la cantidad del medicamento que usted puede recibir.
* Quiere pedirnos que cubramos un medicamento que requiere autorización previa (PA) o aprobación.
* No aprobamos su petición o excepción y usted o su médico u otro profesional autorizado creen que deberíamos haberlo aprobado.
* Quiere pedirnos que paguemos por un medicamento de receta que ya compró para que se le reembolse su pago. (Esto quiere decir, pedirnos una decisión de cobertura de un pago.)
* La **Sección G** le da información sobre cómo pedirnos que cubramos una estadía más larga en un hospital como paciente hospitalizado si usted cree que su médico le está dando de alta demasiado pronto. Use esta sección si:
* Usted está en el hospital y cree que su doctor ha pedido que usted reciba el alta del hospital demasiado pronto.
* **La Sección H** le da información si cree que su cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto.

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

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

# Problemas sobre cuidados médicos

## E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección es sobre lo que hay que hacer si tiene problemas con sus beneficios de cuidado médico, tales como servicios médicos o artículos, servicios dentales y de la vista, servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo. También puede usar esta sección para solucionar problemas con medicamentos que **no** estén cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos de la Lista de medicamentos que tienen un símbolo [plans should insert symbol used in the Drug List to indicate Medicaid covered drugs] no están cubiertos por la Parte D. Use la **Sección F** para presentar apelaciones por medicamentos de la Parte D.

Esta sección le dice qué puede hacer si usted está en una de las situaciones siguientes:

1. Cree que cubrimos un cuidado médico que necesita, pero no lo está recibiendo.

**Qué puede hacer:** Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre cómo pedir una decisión de cobertura.

1. Quiere que cubramos un beneficio que requiere una aprobación del plan (también llamada (PA)) antes de que usted reciba el servicio.

**Qué puede hacer:** Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre cómo pedir una decisión de cobertura

**NOTA:** Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable] para obtener una lista general de servicios cubiertos e información sobre qué servicios requieren una PA de nuestro plan. Consulte la Lista de medicamentos para averiguar si algún medicamento requiere una PA. También encontrará las listas de servicios y medicamentos que requieren una PA en [*insert the website link where members can view the medical and drug PA information*]*.*

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

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión sobre no aprobar el cuidado. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

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

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión sobre no aprobar la solicitud. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

1. Usted recibió cuidados médicos que usted creía que cubríamos, pero no pagaremos por ellos.

**Qué puede hacer:** Usted podrá apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

1. Usted recibió y pagó por cuidados médicos que usted creía que estaban cubiertos y ahora desea que acordemos con el proveedor para que se le reembolse su pago.

**Qué puede hacer:** Usted puede pedirnos que nos pongamos de acuerdo con el proveedor para que se le reembolse su pago. Consulte la **Sección E5** para obtener información sobre cómo pedirnos un pago.

1. Redujimos, suspendimos o interrumpimos su cobertura para cierto cuidado médico y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

**Qué puede hacer:** Usted puede apelar nuestra decisión de reducir, suspender o interrumpir el servicio o artículo. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación

**NOTA:** Si le decimos que los servicios o artículos que aprobamos anteriormente serán reducidos, suspendidos o interrumpidos antes de que usted reciba todos los servicios o artículos que se aprobaron, es posible que pueda seguir recibiendo los servicios y artículos durante la apelación. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?”.

**NOTA:** Si la cobertura que será suspendida es por cuidado en un hospital, cuidado de salud en su hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) corresponden reglas especiales. Para obtener más información, consulte las **Secciones G** y H.

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

**Qué puede hacer:** Puede presentar una queja o una apelación. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre cómo presentar una queja. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación de Nivel 1.

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

1. No tomamos una decisión de apelación dentro de los plazos establecidos.

**Qué puede hacer:** Puede presentar una queja. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre cómo presentar una queja. Además, si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede solicitar una Audiencia ante el estado. Consulte la **Sección E4** para obtener información sobre cómo pedir una Audiencia ante el Estado. Tenga en cuenta que, si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, transferiremos automáticamente su apelación al Nivel 2, si no le dimos una respuesta en el plazo establecido.

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

## E2. Pedir una decisión de cobertura

### Cómo pedir una decisión de cobertura para obtener un servicio, artículo o medicamento de Medicare (consulte la Sección F de medicamentos de la Parte D de Medicare)

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

* Puede llamarnos al: <phone number> TTY: <phone number>
* Puede enviarnos un fax al: <phone number>
* Puede escribirnos a: <address>

Recuerde que debe completar el formulario de Nombramiento de un representante para designar a alguien como su representante autorizado. [Plans that accept other types of written authorization, insert: También aceptaremos una carta u otra forma adecuada para autorizar a su representante.] Para obtener más información, consulte la **Sección B1**.

### ¿Cuánto tiempo tardaré en recibir una decisión de cobertura?

Tomaremos una decisión de cobertura estándar sobre medicamentos de Medicaid o medicamentos de receta de la Parte B de Medicare dentro de las 72 horas de recibir su solicitud.

Tomaremos una decisión de cobertura estándar sobre todos los otros servicios y artículos en un plazo de 10 días calendario después de recibir su solicitud. Si no le informamos sobre nuestra decisión a más tardar en 10 días calendario (o 72 horas para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare), puede apelar.

Usted o su proveedor pueden pedir más tiempo, o puede ser que nosotros necesitemos más tiempo para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta para informarle que tardaremos hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo. Si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión.

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

**Sí.** Si, debido a su salud, necesita una respuesta más rápida, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos la solicitud, le informaremos nuestra decisión en un plazo de 24 horas para medicamentos de receta de Medicaid o de la Parte B de Medicare, y en un plazo de 48 horas para todos los otros servicios y artículos.

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

Excepto en el caso de las decisiones de cobertura rápidas para medicamentos de Medicaid, usted o su proveedor pueden pedir más tiempo, o puede ser que nosotros necesitemos más tiempo para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta para informarle que tardaremos hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo. Si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión.

### Pedir una decisión de cobertura rápida:

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

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

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

1. Usted podrá obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si está pidiendo algún artículo o servicio que aún no ha recibido.** (Usted no podrá pedir una decisión de cobertura rápida si su solicitud tiene que ver con un reembolso de su pago por artículos o servicios que recibió).
2. Usted podrá obtener una decisión de cobertura rápida **solo si las fechas límite estándar podrían causar daños graves a su salud o afectar su capacidad para desempeñarse**. Las fechas límites estándar son 72 horas para medicamentos de receta de Medicaid o de la Parte B de Medicare, y 10 días calendario para todos los otros servicios y artículos.

* Si su médico determina que necesita una decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente.
* Si nos pide una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si usted puede obtener una decisión de cobertura rápida.
* Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para que tomemos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También usaremos las fechas límite estándar (72 horas para medicamentos de receta de Medicaid o de la Parte B de Medicare) para tomar nuestra decisión.
* Esta carta le dirá que, si su doctor nos pide que tomemos la decisión de cobertura rápida, lo haremos automáticamente.
* La carta le dirá también cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la **Sección J**.

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

Si la respuesta es **No**, en la carta que le enviemos le explicaremos nuestros motivos para haber tomado dicha decisión.

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

E3. Apelación de Nivel 1 para cuidados médicos (que no sean medicamentos de la Parte D)

### ¿Qué es una apelación?

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

**NOTA:** Si desea que su médico u otro proveedor actúen en su nombre para una apelación por servicios cubiertos solo por Medicaid, debe nombrarlo como su representante por escrito. Para obtener más información, lea “¿Alguien más puede presentar la apelación en mi nombre?”.

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

### ¿Qué es una Apelación de Nivel 1?

| En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1  Usted, su médico o su representante pueden hacer su petición por escrito y enviarla a nuestras oficinas por correo o fax. También puede llamarnos para apelar.  Haga su solicitud **dentro de 65 días calendario**, después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un buen motivo, todavía podría apelar.  Si usted apela porque le dijimos que un servicio que recibe actualmente será modificado o suspendido, **usted tendrá menos días para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras que la apelación esté en proceso.  Para obtener más información sobre las fechas límites para su apelación, consulte este capítulo. |
| --- |

Una Apelación de Nivel 1 es la primera apelación presentada ante nuestro plan. Nosotros revisaremos nuestra decisión de cobertura para averiguar si es correcta. El revisor no será la persona que tomó la decisión de cobertura original. Cuando terminemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito.

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

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

<address>

* Si decide escribirnos, puede elaborar su propia carta o puede utilizar el formulario de apelación/queja. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, el número ubicado en el frente de la tarjeta de identificación de miembro de <plan name> y su dirección y número de teléfono. También debería incluir toda la información que ayude para explicar su problema.
* Para saber más sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación, consulte el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable].
* Usted podrá presentar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

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

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

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

Si no recibimos este formulario y alguien está actuando en su nombre, su solicitud de apelación será desestimada. Si eso ocurre, usted tiene derecho a que otra organización revise nuestra desestimación. Le enviaremos un aviso por escrito en el que le hablaremos de su derecho a solicitar que una Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación

Para obtener un formulario de Nombramiento de un representante, llame a Servicios al miembro y pídalo, o visite [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf) [plans may also insert: o nuestro sitio web en <URL **or** link to form>]. [Plans that accept other types of written authorization, insert: También aceptaremos una carta u otra forma adecuada para autorizar a su representante.]

**Si otra persona que no sea usted, su médico u otro proveedor que solicitó el servicio presenta la apelación por un servicio,** debemos recibir su autorización por escrito antes de poder revisar la apelación. Para los servicios cubiertos solamente por Medicaid, si desea que su médico, otro proveedor u otra persona actúen en su nombre, debemos recibir su autorización por escrito.

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

Usted debe pedir una apelación **a más tardar 65 días calendario** después de la fecha de la carta que le enviemos para informarle nuestra decisión.

Si usted pierde esta fecha límite por un motivo justificado, podríamos darle más tiempo para apelar. Estos son ejemplos de un motivo justificado: usted tuvo una enfermedad grave o no le dimos la información correcta sobre la fecha límite para solicitar una apelación. Usted deberá explicar por qué se ha retrasado su apelación cuando la realice.

**NOTA:** Si usted apela porque le dijimos que un servicio que recibe actualmente será modificado o suspendido, **usted tendrá menos días para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras que la apelación esté en proceso. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?” para obtener más información.

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

**Sí.** Puede pedirnos una copia gratuita llamando a Servicios al miembro al <phone number>.

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

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

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

Nosotros analizaremos con atención toda la información sobre su petición de cobertura de cuidados médicos. Entonces, comprobaremos que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que **No** a su petición. El revisor no será la persona que tomó la decisión original.

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

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

Le debemos dar nuestra respuesta a más tardar en 15 días calendario después de recibir su apelación (o en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare). Le daremos nuestra decisión más pronto si su enfermedad nos lo exige.

* Sin embargo, si usted o su proveedor solicitan más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta que explique por qué necesitamos más tiempo. Si su apelación es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión.
* Si le parece que no deberíamos tomar días adicionales, usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la **Sección J**.
* Si no le damos una respuesta a su apelación a más tardar en 15 días calendario (o en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare) o al final de los días adicionales (si los tomamos), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare (consulte la **Sección E4**). Nosotros le avisaremos cuando esto ocurra. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede solicitar una Audiencia ante el estado (consulte la **Sección E4**).

También puede presentar una queja porque no tomamos una decisión de apelación en el plazo requerido (consulte la **Sección J**).

**Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar el servicio en un plazo de 15 días calendario después de recibir su apelación (o en un plazo de 7 días después de que recibamos su apelación para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare).

**Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para pedir una Apelación de Nivel 2 (consulte la **Sección E4**). Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, en la carta le diremos que también puede solicitar una Audiencia ante el estado (consulte la **Sección E4**).

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

Si usted presenta una apelación rápida, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir toda la información necesaria para decidir sobre su apelación. Le daremos nuestra respuesta más pronto si su salud nos lo exige.

* Sin embargo, si usted o su proveedor solicitan más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si nos tomamos días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo. Si su petición es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión.
* Si le parece que no deberíamos tomar días adicionales, usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la **Sección J**.
* Si no le damos una respuesta a su apelación a más tardar en 72 horas o al final de los días adicionales (si los tomamos), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare (consulte la **Sección E4**). Nosotros le avisaremos cuando esto ocurra. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede solicitar una Audiencia ante el estado (consulte la **Sección E4**).

También puede presentar una queja porque no tomamos una decisión de apelación en el plazo requerido (consulte la **Sección J**).

**Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos autorizar la cobertura dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.

**Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para pedir una Apelación de Nivel 2 (consulte la **Sección E4**). Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, en la carta le diremos que también puede solicitar una Audiencia ante el estado (consulte la **Sección E4**).

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

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

* Dentro de los 15 días calendario después de la fecha del envío postal de nuestro aviso de acción; **o**
* En la fecha de efectividad de la acción que se va a tomar.

Si sus beneficios continúan, puede ser recibiendo el servicio hasta que ocurra uno de los siguientes: (1) usted retira su apelación; o (2) transcurren 15 días calendarios después de que le avisamos que nuestra respuesta a su apelación es **No**.

**NOTA:** A veces sus beneficios pueden continuar incluso si nuestra respuesta a su apelación es **No**. Si el servicio está cubierto por Medicaid y usted pide una Audiencia ante el estado, es posible que pueda seguir recibiendo sus beneficios hasta que la Oficina de audiencias ante el estado tome una decisión. Si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, sus beneficios continuarán durante el proceso de Apelación de Nivel 2. Para obtener más información, consulte la **Sección E4**.

## E4. Apelación de Nivel 2 para cuidados médicos(que no sean medicamentos de la Parte D)

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

Si nuestra respuesta es **No** a una parte o a toda la Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta se le informará si el servicio o artículo está cubierto en primer lugar por Medicare o Medicaid.

* Si su problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medicaid**, en la carta se le informará que puede solicitar una Audiencia ante el estado. Consulte la página <xx> de esta sección para obtener información sobre las Audiencias ante el estado.
* Si su problema es sobre un servicio o artículo de **Medicare**, usted obtendrá automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la Entidad de revisión independiente (IRE) tan pronto como termine la Apelación de Nivel 1.
* Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar cubierto en primer lugar **tanto por Medicare como por Medicaid**, usted obtendrá automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la Entidad de revisión independiente (IRE). En la carta se le informará que también puede solicitar una Audiencia ante el estado. Consulte la página <xx> de esta sección para obtener información sobre las Audiencias ante el estado.

### ¿Qué es una Apelación de Nivel 2?

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

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

Si respondemos que **No** a su Apelación de Nivel 1 y el servicio o artículo generalmente está cubierto por Medicaid, usted puede solicitar una Audiencia ante el estado.

### ¿Qué es una Audiencia ante el estado?

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

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

### ¿Cómo solicito una Audiencia ante el estado?

Para solicitar una Audiencia ante el estado, usted o su representante autorizado deben comunicarse con la Oficina de audiencias ante el estado **dentro de los 90 días calendario** desde la fecha en la que enviamos el aviso de sus derechos de Audiencia ante el estado. Los 90 días calendario comienzan a contarse a partir del día posterior a la fecha de envío del aviso. Si usted deja pasar el plazo de los 90 días calendario por un motivo justificado, la Oficina de Audiencias ante el Estado podría darle más tiempo para solicitar una audiencia. Recuerde que debe solicitar una Apelación de Nivel 1 antes de poder solicitar una Audiencia ante el estado.

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

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

### ¿Cuánto tiempo demora una decisión de Audiencia ante el estado?

En general, las decisiones de una Audiencia ante el estado se proporcionan antes de los 70 días calendario posteriores a la fecha en que la Oficina de audiencias ante el estado recibe su solicitud. Sin embargo, si la Oficina de Audiencias ante el Estado acepta que este período podría ocasionar daños graves a su salud o dañar su capacidad de desempeño, la decisión se proporcionará lo más rápido posible, antes de que transcurran los 3 días laborales posteriores a la fecha en que la Oficina de audiencias ante el estado recibió su solicitud.

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

Si respondemos que No a su Apelación de Nivel 1 y el servicio o artículo generalmente está cubierto por Medicare, usted recibirá automáticamente una Apelación de Nivel 2 de la Entidad de revisión independiente (IRE). Una Entidad de revisión independiente (IRE) revisará con cuidado la decisión de Nivel 1 y decidirá si debe modificarse.

* Usted no necesitará solicitar la Apelación de Nivel 2. Enviaremos automáticamente sus rechazos (de todo o parte) a la IRE. Nosotros le avisaremos cuando esto ocurra.
* La IRE está contratada por Medicare y no está conectada con el plan de salud.
* Usted puede pedir una copia de su expediente llamando a Servicios al miembro al <phone number>.

### ¿Cuánto tiempo demora una decisión de una IRE?

* La IRE debe dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 a más tardar 30 días calendario después de recibir su apelación (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare). Esta regla se aplica si usted envió su apelación antes de obtener servicios médicos.
* Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información para ayudarle, podrá tomar hasta 14 días calendario más. Si la IRE decide tomar días adicionales para tomar una decisión, le avisaremos por carta. Si su apelación es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, la IRE no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión.
* Si usted tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, tendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta a más tardar 72 horas después de recibir su apelación.
* Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información para ayudarle, podrá tomar hasta 14 días calendario más. Si la IRE decide tomar días adicionales para tomar una decisión, le avisaremos por carta. Si su apelación es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, la IRE no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión.

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

Si su problema es acerca de un servicio o artículo que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, enviaremos automáticamente su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente. También puede solicitar una Audiencia ante el estado. Para solicitar una Audiencia ante el estado, siga las instrucciones detallas en esta sección.

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

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

* Si su problema es sobre un servicio cubierto en primer lugar **solo por Medicaid**, puede solicitar que sus beneficios continúen durante las Apelaciones de Nivel 2. Usted o su representante autorizado deben **solicitar una Audiencia ante el estado antes de las siguientes fechas** para continuar recibiendo el servicio durante la Audiencia ante el estado:
* Dentro de los 15 días calendario después de la fecha del envío postal de nuestra carta informándole que rechazamos su Apelación de Nivel 1, **o**
* En la fecha de efectividad de la acción que se va a tomar.
* Si su problema es sobre un servicio cubierto en primer lugar por **Medicare solamente**, sus beneficios para ese servicio **no** continuarán durante el proceso de Apelación de Nivel 2 presentado ante la Entidad de revisión independiente (IRE).
* Si su problema es sobre un servicio cubierto en primer lugar **tanto por Medicare como por Medicaid**, sus beneficios para recibir ese servicio continuarán automáticamente durante el proceso de Apelación de Nivel 2 ante la IRE. Si también solicita una Audiencia ante el estado, sus beneficios pueden continuar mientras esté pendiente la audiencia si presenta su solicitud dentro de los plazos indicados anteriormente.

Si sus beneficios continúan, puede ser recibiendo el servicio hasta que ocurra uno de los siguientes: (1) usted retira la apelación; (2) todas las entidades que recibieron su Apelación de Nivel 2 (la IRE y la Oficina de audiencias ante el estado) deciden **No** aprobar su solicitud.

### ¿Cómo sabré cuál es la decisión?

Si su Apelación de Nivel 2 fue una Audiencia ante el estado, la Oficina de Audiencias ante el Estado le enviará por correo un escrito con la decisión de la audiencia.

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

Si su Apelación de Nivel 2 fue dirigida a la Entidad de revisión independiente (IRE), esta le enviará una carta explicándole su decisión.

* Si la IRE responde que **Sí** a una parte o a todo lo que usted pidió en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura por los cuidados médicos a más tardar en 72 horas o proporcionarle el servicio o artículo dentro de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si usted tuvo una apelación rápida, debemos aprobarle la cobertura por los cuidados médicos o darle el servicio o artículo dentro de las 72 horas desde la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
* Si la IRE responde que **Sí** a una parte o a toda su petición en su apelación estándar para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionarle el medicamento de receta de la Parte B de Medicare en un plazo de 72 horas de haber recibido la decisión de la IRE. Si tiene una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de receta de la Parte B de Medicare dentro de las 24 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
* Si la IRE responde que **No** a una parte o a todo lo que usted pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

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

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

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

Si su Apelación de Nivel 2 fue una Audiencia ante el estado, usted puede volver a apelar, al pedir una Audiencia administrativa. La Oficina de audiencias ante el estado debe recibir su solicitud de una Apelación administrativa dentro de los 15 días calendario posteriores a la fecha en que se emitió la decisión de la audiencia.

Si su Apelación de Nivel 2 fue dirigida a la Entidad de revisión independiente (IRE), usted podrá apelar otra vez, solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted desea cumple con cierta cantidad mínima. En la carta que recibirá de la IRE, se le explicarán los derechos adicionales de apelación que usted podría tener.

Para obtener más información sobre los niveles adicionales, consulte la **sección I**

## E5. Problemas de pagos

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

Si usted recibe una factura [*plans with cost sharing insert*: que es más alta que su copago] por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura,** Contactaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema. Es posible que le paguemos al proveedor para que este le pueda reembolsar su pago o que el proveedor acepte dejar de cobrarle por el servicio.

Para obtener más información, consulte el Capítulo 7: “Cómo pedirnos que paguemos una factura que usted haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que usted podría necesitar pedirnos ayuda con un pago que hizo a un proveedor o para pagar una factura que recibió de un proveedor. Además, se le indica cómo enviar los documentos para pedirnos que cubramos tales pagos. El Capítulo 7 también proporciona información que lo ayudará a evitar problemas de pago en el futuro.

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

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

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

* Si el servicio o artículo que usted pagó están cubiertos y usted siguió todas las reglas, acordaremos con el proveedor para devolverle su pago [plans with drug copays insert: excepto por copagos de medicamentos que usted deba].
* Si usted no ha pagado todavía por el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que **Sí** a su petición de una decisión de cobertura.
* Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para decirle que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos por qué.

### ¿Y si le decimos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede apelar**. Siga los procesos de apelación descritos en la **Sección E3**. Cuando siga estas instrucciones por favor tenga en cuenta que:

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

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

* Si la IRE no está de acuerdo con nuestra decisión y dice que debemos efectuar el pago, debemos enviarle el pago al proveedor a más tardar en 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago al proveedor a más tardar en 60 días calendario.
* Si la IRE dice que **No** a su apelación, eso significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su petición. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”). En la carta que reciba se le explicarán los derechos de apelación adicionales que usted podría tener. Usted puede apelar solamente si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere, llega a cierta cantidad mínima. Para obtener más información sobre los niveles adicionales, consulte la **sección I**.

Si respondemos que **No** a su apelación y el servicio o artículo generalmente está cubierto por Medicaid, usted puede solicitar una Audiencia ante el estado (consulte la **Sección E4**). [Plans should edit as needed and/or provide additional instructions on the process for Medicaid payment appeals.]

# Medicamentos de la Parte D

F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que se le reembolse el pago por un medicamento de la Parte D

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

La Lista de medicamentos incluye algunos medicamentos que tienen un símbolo [plans should insert symbol used in the Drug List to indicate Medicaid covered drugs]. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo [plans should insert symbol used in the Drug List to indicate Medicaid covered drugs] siguen el proceso de la **Sección E**.

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

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

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

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

* Usted pide que paguemos por un medicamento de receta que ya compró. Esto quiere decir, pedirnos una decisión de cobertura de un pago. Recuerde que no debería tener que pagar por ninguno de los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare y Medicaid. Si usted se ve obligado a pagar el costo completo de un medicamento, llame a Servicios al miembro para pedir asistencia.

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

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

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

| **¿En cuál de estas situaciones está usted?** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita una excepción a una regla o a una restricción para un medicamento que cubrimos? | ¿Quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación previa) para el medicamento que necesita? | ¿Quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento que ya recibió y por el que pagó? | ¿Ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado? |
| **Puede pedirnos que hagamos una excepción.** (Esto es un tipo de decisión de cobertura.) | **Puede pedirnos una decisión de cobertura.** | **Puede pedirnos que le devolvamos el pago.** (Esto es un tipo de decisión de cobertura.) | **Puede apelar.** (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos.) |
| Comience con la **Sección F2**. Consulte también las **Secciones F3** y **F4**. | Salte a la **Sección F4**. | Salte a la **Sección F4**. | Salte a la **Sección F5**. |

## F2. Qué es una excepción

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

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

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

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

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

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

* Las reglas adicionales y las restricciones de cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
* [Omit if plan does not use generic substitution.] Que se le pida usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
* [Omit if plan does not use PA.] Obtener una aprobación del plan antes de que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento para usted. (Esto se llama a veces “autorización previa” (PA).)
* [Omit if plan does not use step therapy.] Que se le pida probar un medicamento diferente antes de que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento que usted está pidiendo. (Esto se llama a veces “terapia escalonada”).
* [Omit if plan does not use quantity limits] Tener límites de cantidad. Limitamos la cantidad que usted puede tener de algunos medicamentos.
* [Plans with no cost sharing, delete this bullet.] Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y quitar una restricción para usted, todavía puede pedir una excepción a la cantidad de copago que le pedimos que pague por el medicamento.

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

## F3. Qué debe saber cuando pide una excepción

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

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

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

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

* Si decimos que **Sí** a su petición de una excepción, esta excepción generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.

Si decimos que **No** a su petición de una excepción, puede apelar para pedir una revisión sobre nuestra decisión. La **Sección F5** le dice cómo apelar si decimos que **No**.

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

F4. Cómo pedir una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción

| En resumen: Cómo pedir una decisión de cobertura por un medicamento de la Parte D o por un pago  Llame por teléfono, escriba o envíenos un fax o pídale a su representante o médico u otro profesional autorizado que pregunten. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar a más tardar en 72 horas. Por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó, le responderemos sobre la devolución de su dinero en 14 días calendario.  Si está pidiendo una excepción, incluya la declaración de respaldo del médico u otro profesional autorizado.  Usted o su médico u otro profesional autorizado pueden pedir una decisión rápida. (Las decisiones rápidas llegan a más tardar en 24 horas.)  Consulte esta sección para asegurarse de cumplir con los requisitos para una decisión rápida. También para informarse sobre las fechas límite de las decisiones. |
| --- |

### Qué hacer

* Pida el tipo de decisión de cobertura que quiere. Haga su petición por teléfono, por correo o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional autorizado) pueden hacerlo. Puede llamarnos al <phone number>. Haga constar su nombre, sus datos de contacto y la información sobre el reclamo.
* Usted o su médico (u otro profesional autorizado) o alguien más que esté actuando en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
* Lea la **Sección B** para saber cómo autorizar a otra persona para actuar como su representante.
* Usted no necesita darle un permiso por escrito a su médico o a otro profesional autorizado para que nos pidan una decisión de cobertura en su nombre.
* Si pagó por un medicamento que usted cree que debería estar cubierto, lea el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] de este manual. En el Capítulo 7, se le indica cómo llamar a Servicios al miembro o enviarnos los documentos para pedirnos que cubramos el medicamento.
* Si está pidiendo una excepción, envíenos la “declaración de respaldo”. Su médico u otro profesional autorizado deben darnos los motivos médicos para la excepción del medicamento. Esto se llama “declaración de respaldo”.
* Su médico u otro profesional autorizado pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro profesional autorizado también pueden explicarnos sus razones por teléfono y, después, enviarnos una declaración por fax o por correo.

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

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

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

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

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

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

Si su médico u otro profesional autorizado dicen que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida” tomaremos una decisión de cobertura rápida y se lo comunicaremos mediante carta.

* Si usted nos pide que tomemos una decisión de cobertura rápida (sin el respaldo de su médico u otro profesional autorizado), nosotros decidiremos si le daremos una decisión de cobertura rápida.
* Si decidimos que su enfermedad no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, entonces usaremos los plazos estándar.
* Le enviaremos una carta para avisarle. En la carta se le dirá cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar.
* Puede presentar una “queja rápida” y obtener una respuesta a su queja en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la **Sección J**.

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

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

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

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

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

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

## F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

| En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1  Usted, su médico, profesional autorizado o su representante pueden hacer su petición por escrito y enviarlo por correo o por fax. También puede llamarnos para apelar.  Haga su solicitud **dentro de 65 días calendario**, después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un buen motivo, todavía podría apelar.  Usted, su médico o profesional autorizado o su representante pueden llamarnos para pedir una apelación rápida.  Consulte esta sección para asegurarse de cumplir con los requisitos para una decisión rápida. También para informarse sobre las fechas límite de las decisiones. |
| --- |

Para hacer una apelación, usted, su médico, otro profesional médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Haga constar su nombre, sus datos de contacto y la información sobre el reclamo.

Si nos escribe por una apelación estándar, puede hacer su apelación por escrito. También puede llamarnos al <phone number> para apelar.

Si quiere una apelación rápida, puede apelar por escrito o puede llamarnos por teléfono.

Solicite su apelación a más tardar en 65 días calendario, a partir de la fecha del aviso que le enviamos con nuestra decisión. Si usted pierde esta fecha límite por un motivo justificado, podríamos darle más tiempo para apelar. Por ejemplo, usted tuvo una enfermedad grave, o no le dimos información correcta sobre la fecha límite para presentar una apelación.

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

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

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

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

* Si está apelando una decisión tomada por nuestro plan sobre un medicamento que no haya recibido, usted y su médico u otro profesional autorizado deberán decidir si usted necesita una “apelación rápida”.
* Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”, descritos en la **Sección F4**.

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

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

* Analizaremos con cuidado toda la información sobre su petición de cobertura. Comprobaremos que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que **No** a su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional autorizado para obtener más información. El revisor no será la persona que tomó la decisión de cobertura original.

### Fechas límite para una “apelación rápida”

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

### Fechas límite para una “apelación estándar”

* Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 7 días calendario o antes, después de recibir su apelación si su salud lo exige, excepto si está pidiendo un reembolso por un medicamento que ya compró. Si está pidiendo un reembolso por un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario desde que recibimos su apelación. Si cree que su salud lo exige, pida una “apelación rápida”.
* Si no le damos una decisión a más tardar en 7 días calendario, o 14 días calendario si nos solicitó reembolso para un medicamento que ya compró, le enviaremos su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) examinará su apelación.
* **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió:
* Si aprobamos su petición de cobertura, debemos darle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más de 7 días calendario después de recibir su apelación, o 14 días calendario si nos solicitó reembolso por un medicamento que ya compró.
* Si aprobamos una solicitud para cubrir un medicamento por el que ya pagó, le pagaremos a la farmacia a más tardar 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación. La farmacia le reembolsará su dinero [*insert if applicable*: menos cualquier copago que deba].
* **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicando por qué dijimos que **No** y cómo puede apelar nuestra decisión.

## F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

| En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2  Si quiere que la Entidad de revisión independiente (IRE) revise su caso, debe apelar por escrito.  Haga su solicitud **dentro de 60 días calendario**, después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un buen motivo, todavía podría apelar.  Usted, su médico u otro profesional autorizado o su representante pueden solicitar la Apelación de Nivel 2.  Consulte esta sección para asegurarse de cumplir con los requisitos para una decisión rápida. También para informarse sobre las fechas límite de las decisiones. |
| --- |

Si nuestra respuesta es **No** a todo o parte de su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o si hace otra apelación. Si decide seguir adelante a una Apelación de Nivel 2, la IRE revisará nuestra decisión.

* Si quiere que la IRE revise su caso, su petición de apelación debe ser por escrito. En la carta que le enviemos sobre nuestra decisión en la Apelación de Nivel 1, se le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
* Cuando apele a la IRE, les enviaremos automáticamente su expediente. Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente llamando a Servicios al miembro al <phone number>.
* Usted tiene derecho a dar a la IRE otra información para apoyar su apelación.
* La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
* Los revisores de la IRE revisarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta explicando su decisión.

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

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

* Si su salud lo exige, pida a la IRE una “apelación rápida”.
* Si la IRE está de acuerdo con darle una “apelación rápida”, deberá responder a su Apelación de Nivel 2 a más tardar en 72 horas después de recibir su apelación.

Si la IRE dice **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle la cobertura de medicamentos a más tardar en 24 horas después de recibir la decisión.

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

* Si usted tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) debe responder a su Apelación de Nivel 2 a más tardar 7 días calendario después de que recibe su apelación, o 14 días calendario si nos pidió que le devolviéramos el dinero por un medicamento que ya compró.
* Si la IRE dice **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle la cobertura de medicamentos a más tardar en 72 horas después de recibir la decisión.
* Si la IRE aprueba una solicitud para cubrir un medicamento por el que ya pagó, le pagaremos a la farmacia a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión. La farmacia le reembolsará su dinero [*insert if applicable*: menos cualquier copago que deba].

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

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

Si usted quiere pasar al Nivel 3 del proceso de apelaciones, el valor en dólares de la cobertura de los medicamentos que quiere debe alcanzar cierta cantidad mínima. Si el valor en dólares es menor que el mínimo, usted no podrá apelar más adelante. Si el valor en dólares es suficientemente alto, usted podrá pedir una Apelación de Nivel 3. En la carta que reciba de la IRE con la decisión de su Apelación de Nivel 2, se le dirá el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

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

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

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

* La fecha en que usted sale del hospital es la “fecha de su salida”.

Su médico o el personal del hospital le dirán cuál será la fecha de su salida.

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

## G1. Aprender sus derechos de Medicare

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

Lea este aviso con cuidado y pregunte si no entiende algo. En el Mensaje importante se explican sus derechos como paciente en el hospital, incluyendo su derecho a:

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

Apelar si cree que le dieron de alta del hospital demasiado pronto.

Usted deberá firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo entendió y que comprende sus derechos. Su firma en el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de su salida que posiblemente le haya dicho su médico o el personal del hospital.

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

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

## G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si quiere que cubramos sus servicios de hospital por un tiempo más largo como paciente hospitalizado, usted deberá presentar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de Calidad revisará la Apelación de Nivel 1 para averiguar si la fecha de su salida es médicamente adecuada.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. Para presentar una apelación para cambiar su fecha de salida, llame a Livanta al: **<toll-free number>**.

### ¡Llame inmediatamente!

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

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

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

Si usted no llama para apelar y decide quedarse en el hospital después de la fecha de su salida, es posible que tenga que pagar todos los costos por cuidados recibidos del hospital después de la fecha programada para su salida.

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

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

### ¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de Calidad?

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

### Pida una “revisión rápida”

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

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

### ¿Qué pasará durante la revisión rápida?

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

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

### ¿Y si la respuesta es Sí?

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

### ¿Y si la respuesta es No?

* Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad dice **No** a su apelación, estarán diciendo que su fecha de salida es médicamente adecuada. Si esto ocurre, su cobertura por servicios de hospital como paciente hospitalizado terminará al mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de Calidad nos dé su respuesta.
* Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad dice **No** y usted decide quedarse en el hospital, es posible que tenga que pagar por continuar su estadía hospitalaria. El costo del cuidado de hospital que usted tenga que pagar comienza al mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de Calidad nos dé su respuesta.

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su salida, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

## G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su salida, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Tendrá que comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad otra vez y pedir otra revisión.

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

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: **<toll-free number>**.

| En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital  Llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado al <phone number> y pida otra revisión. |
| --- |

* Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad analizarán de nuevo y cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad tomarán una decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su petición de una segunda revisión.

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

* Debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que recibió desde el mediodía de la fecha de la decisión de su primera apelación. Debemos seguir proporcionando cobertura por su cuidado en el hospital como paciente hospitalizado todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

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

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

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía en el hospital después de la fecha programada para su salida.

# Qué hacer si cree que sus servicios de Medicare de cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto

Esta sección trata los siguientes tipos de cuidado solo cuando son cubiertos por Medicare:

* Servicios de cuidados de salud en el hogar.
* Cuidados de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
* Cuidados de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.
* Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene derecho a seguir recibiendo servicios cubiertos mientras el médico diga que lo necesita.
* Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos tipos de cuidado, debemos avisarle antes que terminen sus servicios. Cuando termine su cobertura, dejaremos de pagar por su cuidado.

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

## H1. Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura

Usted recibirá un aviso por lo menos dos días antes de que dejemos de pagar su cuidado. Este aviso se llama “Notificación de no cobertura de Medicare”. El aviso por escrito le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado y en cómo puede apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. Firmar el aviso **no** significa que usted esté de acuerdo con la decisión del plan de que es el momento de dejar de recibir cuidados.

Cuando termine su cobertura, dejaremos de pagar el costo de su cuidado.

## H2. Apelación de Nivel 1 para continuar su cuidado

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

Antes pedir la apelación, entienda lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

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

| En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para pedir al plan que continúe su cuidado  Llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado al <phone number> y pida una “apelación de vía rápida”.  Haga la llamada antes de salir de la agencia o centro que esté proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada para su salida. |
| --- |

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización para el Mejoramiento de Calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que hayamos tomado. En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: <phone number>.La información sobre cómo apelar ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad se encuentra también en la Notificación de no cobertura de Medicare (el aviso que recibió cuando le dijimos que dejaríamos de cubrir sus cuidados).

### ¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de Calidad?

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

### ¿Qué debe pedirles?

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

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

* Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad a más tardar al mediodía del día siguiente de haber recibido un aviso por escrito de cuándo dejaremos de cubrir su cuidado.
* Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede presentarnos la apelación directamente a nosotros. Para conocer los detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la **Sección H4**.

|  |
| --- |
| **El término legal** del aviso por escrito es “**Notificación de no cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios al miembro al <phone number> o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O consulte una copia por Internet en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI). |

### ¿Qué sucederá durante la revisión hecha por la Organización para el Mejoramiento de Calidad?

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

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

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

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

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

* Si los revisores responden **No** a su apelación, su cobertura terminará en la fecha que le dijimos. Nosotros dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
* Si usted decide seguir recibiendo cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que termine su cobertura, usted podría tener que pagar el costo total por este cuidado.

## H3. Apelación de Nivel 2 para continuar su cuidado

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

Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisará la decisión que tomó en el Nivel 1. Si están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, usted podría tener que pagar el costo total de su cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que le dijimos que terminaría su cobertura.

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

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: <phone number>. Pida la revisión de Nivel 2 a **más tardar en 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad respondió **No** a su Apelación de Nivel 1. Podrá pedir esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

* Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad analizarán de nuevo y cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

La Organización para el Mejoramiento de Calidad tomará una decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su petición de apelación.

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

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

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

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

# Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

## I1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare

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

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

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ o del abogado litigante, puede comunicarse con el Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de ese paso, es posible que usted tenga el derecho a pedir que un tribunal federal examine su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier momento del proceso de apelación, puede comunicarse con el Ombudsman de MyCare Ohio. El número de teléfono es 1-800-282-1206 (Servicio de retransmisión de Ohio de TTY: 1-800-750-0750).

## I2. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicaid

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

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

# Cómo presentar una queja

## J1. Qué tipos de problemas deberían causar una queja

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

| En resumen:Cómo presentar una queja  Usted puede presentar una queja interna ante nuestro plan o una queja externa ante una organización que no esté conectada con nuestro plan.  Para presentar una queja interna, llame a Servicios al miembro o envíenos una carta.  Hay varias organizaciones diferentes que reciben quejas externas. Para obtener más información, consulte la **Sección J3**.  Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, usted puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de retransmisión de Ohio de TTY: 1-800-750-0750). |
| --- |

### Quejas sobre la calidad

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

### Quejas sobre la privacidad

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

### Quejas sobre el mal servicio al cliente

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

### Quejas sobre la accesibilidad

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

### Quejas sobre los tiempos de espera

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

### Quejas sobre la limpieza

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

### Quejas sobre el acceso lingüístico

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

### Quejas por haber recibido una factura

* Su médico o proveedor le envió una factura.

### Quejas sobre las comunicaciones que recibe de nosotros

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

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

* Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.
* Si cree que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con las fechas límite para aprobar o darle el servicio o pagarle al proveedor por ciertos servicios médicos para que este pueda reembolsarle su dinero.

Si cree que no enviamos a tiempo su caso a la Entidad de revisión independiente (IRE).

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

### ¿Hay diferentes tipos de quejas?

**Sí.** Usted puede presentar una queja interna o externa. Una queja interna se presenta ante el plan y este la revisa. Una queja externa se presenta y es revisada ante una organización no afiliada con nuestro plan. **Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, usted puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de retransmisión de Ohio de TTY: 1-800-750-0750).**

## J2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios al miembro al <phone number>. Las quejas relacionadas con la Parte D deben presentarse **dentro de los 60 días calendario** después de haber tenido el problema que quiere reclamar. Todas las demás quejas pueden presentarse **en cualquier momento** después de haber tenido el problema que quiere reclamar.

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

|  |
| --- |
| **El término legal** para una “queja rápida” es **“reclamo acelerado”**. |

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

* Respondemos a las quejas sobre acceso al cuidado en 2 días hábiles. Respondemos todas las demás quejas dentro de los 30 días calendario. Si necesitamos más información y el retraso le conviene a usted, o si nos pide más tiempo, podríamos tardar hasta 14 días calendario más (en total de 44 días calendario) para responder a su queja. Le diremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
* Si presenta una queja porque rechazamos su petición sobre una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, lo trataremos automáticamente como una “queja rápida” y responderemos a su queja en 24 horas.
* Si presenta una queja porque tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura rápida o de apelación, lo trataremos automáticamente como una “queja rápida” y responderemos a su queja en 24 horas.

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

## J3. Quejas externas

### Usted puede presentar su queja a Medicare

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

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

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

### Usted puede informar a Medicaid sobre su queja

Puede llamar a la Línea directa al consumidor de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680 o TTY 711. La llamada es gratuita. También puede enviar su queja por correo electrónico a [bmhc@medicaid.ohio.gov](mailto:bmhc@medicaid.ohio.gov).

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

Si le parece que le han tratado injustamente usted puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos. Por ejemplo, puede quejarse por falta de acceso para discapacitados o de asistencia con idiomas. El teléfono de la Oficina de derechos civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar [www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish).

Usted puede contactar con la Oficina de derechos civiles en:

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

Usted también puede tener derechos según la Ley de estadounidenses con discapacidades y según [plans may insert relevant state law]. Puede comunicarse con Servicios al miembro al <phone numbers> o llamar a la Línea directa al consumidor de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY: 711) para obtener asistencia.

### Usted puede presentar una queja ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad

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

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

La Organización para el Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos de cuidado de salud, pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que se le da a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de Calidad, consulte el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable].

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es <phone number>.