



Procesos de queja, determinación de cobertura/organización y apelaciones del Plan

Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Su salud y su satisfacción son importantes para nosotros. Si tiene un problema o una inquietud, esperamos que primero intente adoptar un enfoque informal: Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-204-1002 (TTY 711) los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Trabajaremos con usted para intentar encontrar una solución satisfactoria a su problema.

Como miembro de nuestro plan y como una persona que recibe los servicios de Medicare, tiene derechos. Nos comprometemos a respetar sus derechos, a tomar sus problemas e inquietudes con seriedad y a tratarlo con consideración.

Dos procesos para tratar problemas e inquietudes

Es posible que a veces necesite un proceso formal para tratar un problema que tiene como miembro de nuestro plan.

Existen dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para tomar decisiones de cobertura y hacer apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, necesita utilizar el **proceso para presentar reclamaciones**.

Medicare ha aprobado ambos procesos. Para garantizar que haya justicia y se les dé un trato sin demora a sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que tanto usted como nosotros debemos respetar.

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones trata los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos de venta con receta, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que se utiliza para tratar temas como, por ejemplo, si algo está cubierto o no y cómo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por los servicios médicos o los medicamentos que obtenga. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que realiza una visita al médico para recibir atención. También se puede comunicar con el plan y pedir una decisión de cobertura. Por ejemplo, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.

- Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, la determinación inicial se denomina **“determinación de organización”**.
 - **Las determinaciones de organización “estándar”** son revisadas para evaluar su necesidad médica con una determinación con respecto a si se deben brindar o reembolsar los cuidados o los servicios en el plazo de los 14 días posteriores a la solicitud.
 - **Una “decisión rápida” también se denomina “determinación acelerada”**. Las determinaciones de organización “aceleradas” pueden solicitarse cuando el cumplimiento de las fechas límite estándar pueda poner en grave peligro su salud o afectar su capacidad para funcionar. También puede requerir una “decisión rápida” si solicita una cobertura de atención médica que no haya recibido todavía. Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “decisión rápida”, acordaremos brindársela de manera automática.

Una determinación de organización acelerada debe ser procesada y la decisión se debe tomar en el plazo de 3 días calendario.

Para obtener una **determinación de organización** para atención médica, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-204-1002 (TTY 711) los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., o escriba a Care Improvement Plus, Attn: Organization Determination, 351 W. Camden Street, Suite 100, Baltimore, MD 21201.

Si le denegamos la solicitud, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos (o quizás cambiemos) esta decisión por medio de una apelación. Hacer una apelación significa hacer otro intento de obtener la cobertura de atención médica que desea.

- Cuando la decisión de cobertura está relacionada con los medicamentos de la Parte D, la determinación inicial se denomina “**determinación de cobertura**”. A continuación se presentan algunos ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede solicitar sobre los medicamentos de la Parte D:
 - Nos solicita que hagamos una excepción, lo que incluye:
 - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en el formulario del plan.
 - Solicitarnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como los límites en la cantidad del medicamento que puede obtener).
 - Solicitarnos que paguemos un monto menor del costo compartido por un medicamento cubierto no preferido.
 - Nos pregunta si un medicamento está cubierto y si cumple con las reglas de cobertura correspondientes. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos cubiertos del plan pero necesitamos que obtenga una aprobación de nuestra parte antes de cubrirlo).
 - Nos solicita que paguemos un medicamento de venta con receta que ya compró. Esta es una solicitud de decisión de cobertura sobre el pago.

Para obtener una **determinación de cobertura** para los medicamentos de la Parte D, llame a Servicios de farmacia al 1-800-753-2851 (TTY711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana o escriba a Medco Health Solutions Attn: Medicare Reviews, P.O. Box 63067, Irvin, TX 75063-0118. Las solicitudes de excepción al formulario pueden realizarse llamando a Servicios para los Miembros al 1-800-204-1002 (TTY711) los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Si está en desacuerdo con la decisión de cobertura que tomamos, puede **apelar** nuestra decisión.

Cómo hacer una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con dicha decisión, puede “apelarla”.

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando hace una apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si fuimos justos y respetamos todas las reglas de manera adecuada. Cuando finalizamos la revisión, le hacemos conocer nuestra decisión.

Cómo presentar reclamaciones

Si no está satisfecho o tiene una reclamación sobre cualquier aspecto de Care Improvement Plus, puede llamar o escribir a Servicios para los Miembros. Las reclamaciones que no involucren determinaciones de organización o de cobertura se denominan quejas. (Las reclamaciones sobre negaciones y otras determinaciones de organización o cobertura adversas se tratan como apelaciones y no como quejas). Investigaremos la queja y le responderemos de manera oportuna. Las reclamaciones sobre las solicitudes negadas para una decisión o apelación acelerada, o los desacuerdos sobre las extensiones de tiempo se tratarán como quejas aceleradas: se revisan y se resuelven en un plazo de 24 horas.

Miembros de Care Improvement Plus: para obtener información más detallada sobre decisiones de cobertura, apelaciones y reclamaciones, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una reclamación*) de la guía de la Evidencia de cobertura.