

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

[Plans that integrate the description of Medicare and Medicaid processes must revise the sections of this chapter as needed to clearly describe the appeals and grievance processes.]

[Plans should refer to other parts of the Member Handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, “refer to Chapter 9, Section A, page 1.” An instruction [insert reference, as applicable] appears with many cross references throughout the Member Handbook. Plans may always include additional references to other sections, chapters, and/or member materials when helpful to the reader.]

[In cases where members should contact a department other than Member Services (for example, a grievance and appeals unit), plans should revise the instructions to provide the appropriate contact information.]

Introducción

Este capítulo tiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si: *[Add any additional language for state-specific Medicaid information]*

- Tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan dijo que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó su plan sobre su cuidado de salud.
- Cree que sus servicios cubiertos están terminando demasiado pronto.

Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación.**

[Plans must include information about the ombudsperson program, if directed by the state.]

[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.]



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

Índice

A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud.....	4
A1. Acerca de los términos legales.....	4
B. Dónde obtener ayuda.....	4
B1. Para más información y ayuda.....	4
C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y <i>[insert name of state-specific Medicaid program]</i> en nuestro plan.....	5
D. Problemas con sus beneficios.....	5
E. Decisiones de cobertura y apelaciones.....	6
E1. Decisiones de cobertura.....	6
E2. Apelaciones.....	6
E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones.....	7
E4. ¿Qué sección de este capítulo le puede ayudar?.....	8
F. Cuidado médico.....	8
F1. Uso de esta sección.....	9
F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura.....	10
F3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1.....	12
F4. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2.....	17
F5. Problemas de pago.....	21
G. Medicamentos de receta de la Parte D de Medicare.....	22
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare.....	23
G2. Excepciones de la Parte D de Medicare.....	24
G3. Cosas importantes que debe saber acerca de solicitar una excepción.....	27
G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	27



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

G5. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1.....	30
G6. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2.....	33
H. Pedirnos que cubramos una estadía más larga en el hospital.....	35
H1. Información sobre sus derechos de Medicare.....	35
H2. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1.....	36
H3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2.....	38
H4. Cómo hacer una Apelación alterna de Nivel 1.....	39
H5. Cómo hacer una Apelación alterna de Nivel 2.....	40
I. Pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos.....	41
I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura.....	41
I2. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1.....	42
I3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2.....	44
I4. Cómo hacer una Apelación alterna de Nivel 1.....	45
I5. Cómo hacer una Apelación alterna de Nivel 2.....	46
J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	46
J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare.....	46
J2. Apelaciones de <i>[insert name of state-specific Medicaid program]</i> adicionales.....	48
J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare.....	48
K. Cómo presentar una queja.....	50
K1. ¿Qué tipo de problemas deben ser quejas?.....	50
K2. Quejas internas.....	51
K3. Quejas externas.....	52



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica cómo manejar los problemas e inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas**, también llamadas reclamos.

Para garantizar la equidad y la rapidez, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

Hay términos legales en este capítulo para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que usamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. Usamos abreviaturas lo menos posible.

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 en riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de revisión independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de revisión independiente” (IRE)

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, por lo que también los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para más información y ayuda

A veces es confuso comenzar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene energía limitada. Otras veces, es posible que no tenga la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda de [\[Insert state-specific name of the SHIP program\]](#)

Puede llamar a [\[insert state-specific name of the SHIP program\]](#). Los asesores de [\[Insert state-specific name of the SHIP program\]](#) pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer con su problema. [\[Insert state-specific name of the SHIP program\]](#) no está conectado



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. *[Insert state-specific name of the SHIP program]* tiene asesores capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de *[insert state-specific name of the SHIP program]* es *[insert phone number]*.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Aquí hay dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visitar el sitio web de Medicare (www.es.medicare.gov).

Ayuda e información de *[Insert name of state-specific Medicaid program]*

[Insert contact information for the state Medicaid agency. Insert similar sections for the QIO or ombudsperson, as applicable.]

C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y *[insert name of state-specific Medicaid program]* en nuestro plan

Usted tiene Medicare y *[insert name of state-specific Medicaid program]*. La información de este capítulo aplica a **todos** sus beneficios de *[insert name of state-specific Medicaid program]* y de Medicare. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y *[insert state-specific name of Medicaid program]*.

A veces, los procesos de Medicare y *[insert state-specific name of Medicaid program]* no se pueden combinar. En esas situaciones, se usa un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de *[insert state-specific name of Medicaid program]*. En la **Sección F4** se explican estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla lo ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas.



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o cobertura?	
Esto incluye problemas sobre si el cuidado médico o los medicamentos de receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas sobre el pago del cuidado médico o los medicamentos de receta.	
Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura. Consulte la Sección E , “Decisiones de cobertura y apelaciones”.	No. Mi problema no se trata de beneficios o cobertura. Consulte la Sección K , “Cómo presentar una queja”.

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación se ocupa de problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con el pago.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos.

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle el cuidado médico que cree que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare o [\[insert state-specific name of Medicaid program\]](#) ya no lo cubre. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Su apelación la manejan revisores diferentes de los que tomaron la decisión desfavorable original.

Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, explicadas más adelante en este capítulo [\[insert reference, as applicable\]](#), puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada o una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si decimos que **No** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio médico o de medicamentos de la Parte B de Medicare, en la carta se le informa que enviamos su caso a la Organización de revisión independiente (IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid o de la Parte D de Medicare, en la carta se le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, en la carta se le brindará información sobre ambos tipos de Apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, en la carta se le brindará información sobre ambos tipos de apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar por otros niveles de apelación.

E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicios al miembro** en los números que se encuentran en la parte inferior de la página.
- [\[Insert name of SHIP program and contact information.\]](#)
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o apelar en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” y solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

- o Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos.

[Insert any additional state-specific references for assistance with coverage decisions and appeals as applicable.]

Complete el formulario Designación de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le da permiso a alguien para que actúe en su nombre.

Llame a Servicios al miembro a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y solicite el formulario de "Designación de representante". También puede obtener el formulario al visitar www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf *[plans may also insert: o en nuestro sitio web en <web address or link to form>]*. **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**


E4. ¿Qué sección de este capítulo le puede ayudar?

Hay cuatro situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Damos detalles para cada una en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, "Cuidado médico" *[insert reference, as applicable]*
- **Sección G**, "Medicamentos de receta de la Parte D de Medicare" *[insert reference, as applicable]*
- **Sección H**, "Cómo pedirnos que cubramos una estadía más larga en el hospital" *[insert reference, as applicable]*
- **Sección I**, "Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos" *[insert reference, as applicable]* (Esta sección solo aplica a estos servicios: cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF).)

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicios al miembro a los números que aparecen en la parte inferior de la página. *[Plans may insert additional resources and contact information (e.g., SHIP, Ombudsperson Program).]*

F. Cuidado médico

 **Si tiene alguna pregunta**, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

[Plans may update the heading and terms such as “medical care” throughout to account for Medicaid services such as behavioral health and long-term care services as directed by the state.]

Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea que le reembolsemos *[insert if plan has cost-sharing: nuestra cuota del costo de]* su cuidado.

Esta sección trata sobre sus beneficios de cuidado y servicios médicos que se describen en el **Capítulo 4** de su *Manual del miembro*. Generalmente nos referimos a “cobertura de cuidado médico” o “cuidado médico” en el resto de esta sección. El término “cuidado médico” incluye servicios y artículos médicos, así como medicamentos de receta de la Parte B de Medicare, que son medicamentos administrados por su médico o profesional de cuidado de salud. Es posible que apliquen reglas diferentes a un medicamento de receta de la Parte B de Medicare. Cuando es el caso, explicamos cómo las reglas para los medicamentos de receta de la Parte B de Medicare difieren de las reglas para los servicios y artículos médicos.

F1. Uso de esta sección

En esta sección se explica lo que puede hacer en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Cree que cubrimos el cuidado médico que necesita, pero que no recibe.

Lo que usted puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos el cuidado de salud que su médico u otro proveedor de cuidado de salud desea brindarle y usted cree que deberíamos hacerlo.

Lo que usted puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió cuidado médico que cree que cubrimos, pero no pagaremos.

Lo que usted puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó por cuidado médico que pensó que cubríamos y quiere que le devolvamos el dinero.

Lo que usted puede hacer: Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para cierto cuidado de salud y usted cree que nuestra decisión podría dañar su salud.

Lo que usted puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender el cuidado médico. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para cuidado hospitalario, cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un CORF, aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** [*insert reference, as applicable*] o la **Sección I** [*insert reference, as applicable*] para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que involucren la reducción o suspensión de su cobertura para cierto cuidado médico, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura involucra su cuidado médico, se denomina **“determinación de la organización integrada”**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura al:

- Llamar por teléfono: <phone number>, TTY: <phone number>.
- Enviar un fax: <phone number>.
- Enviar una carta: <address>.

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar” a menos que aceptemos utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le brindamos una respuesta sobre lo siguiente:

- Un servicio o artículo médico dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. [*Plan may adjust timeframe if state has more restrictive requirement as directed by the state.*]
- Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Para un artículo o servicio médico, podemos demorar hasta 14 días calendario más si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si tardamos más días en tomar la decisión, se lo

informaremos por escrito. **No podemos tomar días adicionales si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare.**

Si cree que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando realiza una queja rápida, le damos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K** [\[insert reference, as applicable\]](#).

Decisión de cobertura rápida

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

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud y su salud requiera una respuesta rápida, solicite que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta sobre:

- Un servicio o artículo médico dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
- Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Para un artículo o servicio médico, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más si encontramos que falta información que puede beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo para obtener información para la revisión. Si tardamos más días en tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare.

Si cree que **no** debemos tomar días adicionales para llevar a cabo la decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K** [\[insert reference, as applicable\]](#). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

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

- Debe solicitar cobertura para cuidado médico que **no recibió**. No puede pedir una decisión de cobertura rápida sobre el pago del cuidado médico que ya recibió.
- El uso de los plazos estándar **podría causar un daño grave a su salud** o perjudicar su capacidad para funcionar.

Automáticamente le damos una decisión de cobertura rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si lo solicita sin el apoyo de su médico, decidiremos si recibirá una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviamos una carta que lo indicará y usaremos los plazos estándar en su lugar. La carta indicará:
 - o Que le brindaremos una decisión de cobertura rápida automáticamente si su médico la solicita.
 - o 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 cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K** [\[insert reference, as applicable\]](#).

Si decimos que No a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta explicando los motivos.

- Si decimos que **No**, tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección F3** [\[insert reference, as applicable\]](#)).

En circunstancias limitadas, podemos desestimar su solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimaré una solicitud incluyen:

- si la solicitud está incompleta,
- si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o
- si solicita que se retire su solicitud.

Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se llama apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al *<phone number> [insert additional contact information, as applicable]*.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos al *<phone number>*.

- Si su médico u otra persona autorizada para dar recetas solicita continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlo como su representante para que actúe en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación por usted, incluya un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario al visitar www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf *[plans may also insert: o en nuestro sitio web en <web address or link to form>]*.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación:
 - o Desestimaremos su solicitud y
 - o Le enviaremos un aviso por escrito donde le explicaremos su derecho a solicitar a la IRO que analice nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe solicitar una apelación dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con la fecha límite y tiene una buena razón para hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Tener una enfermedad grave o que le hayamos dado información incorrecta sobre la fecha límite son ejemplos de buenas razones. Explique la razón por la cual su apelación se retrasa cuando presente su apelación.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

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

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidado que no recibió, usted y/o su médico decidirán si necesita una apelación rápida.

Automáticamente le brindamos una apelación rápida si su médico nos indica que su salud lo requiere. Si lo solicita sin el apoyo de su médico, decidiremos si recibirá una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta que lo indique y usaremos los plazos estándar en su lugar. La carta indicará:
 - o Que le brindaremos una apelación rápida automáticamente si su médico la solicita.
 - o Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de brindarle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K** [*insert reference, as applicable*].

Si le informamos que suspendaremos o reduciremos los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar con esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Continuamos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
 - o Si cumple con este plazo, obtendrá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - o También obtendrá todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.
 - o Si no apela antes de estas fechas, entonces su servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de cuidado médico.



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando respondimos que **No** a su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico.
 - o Si necesitamos más días para tomar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
 - o Si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión.
 - o Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas o al finalizar los días adicionales que demoramos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO la revisa. Más adelante en este capítulo *[insert reference, as applicable]*, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. *[Insert as applicable and adjust language as directed by the state: Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede solicitar una Audiencia imparcial - Nivel 2 ante el estado tan pronto como sea el momento adecuado. En <insert name of state> una audiencia imparcial se denomina <insert description>.]*
- **Si respondemos Sí a una parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si decimos que No a una parte o a la totalidad de su solicitud**, enviamos su apelación a la IRO para una Apelación de Nivel 2.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por la cobertura de los servicios que no recibió.

- Si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación o antes si su salud lo requiere.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico.
 - o Si necesitamos más días para tomar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
 - o Si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión.
 - o Si cree que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.
 - o Si no le damos una respuesta dentro del plazo límite o al finalizar los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO la revisa. Más adelante en este capítulo *[insert reference, as applicable]*, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. *[Insert as applicable and adjust language as directed by the state: Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede solicitar una Audiencia imparcial - Nivel 2 ante el estado tan pronto como sea el momento adecuado. En <insert name of state> una audiencia imparcial se denomina <insert description>.]*

Si respondemos Sí a una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de los 30 días calendario, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.

Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, **usted tiene derechos de apelación adicionales**:

- Si decimos que **No** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviamos una carta.

- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le informa que enviamos su caso a la IRO para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de *[insert name of state-specific Medicaid program]*, en la carta se le indica cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2.

F4. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2

Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le indica si Medicare, *[insert name of state-specific Medicaid program]*, o ambos programas suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema se trata de un servicio o artículo que normalmente cubre Medicare, automáticamente enviamos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se completa la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que *[insert name of state-specific Medicaid program]* generalmente cubre, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. La carta le brinda información al respecto. También incluimos más información más adelante en este capítulo *[insert reference, as applicable]*.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que **tanto Medicare como** *[insert name of state-specific Medicaid program]* pueden cubrir, obtendrá automáticamente una Apelación de Nivel 2 con la IRO. También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** *[insert reference, as applicable]* para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema se trata de un servicio que generalmente solo cubre Medicare, sus beneficios para ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la IRO.
- Si su problema es sobre un servicio que generalmente solo cubre *[insert state-specific name of Medicaid program]*, sus beneficios para ese servicio continúan si presenta una Apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario después de recibir la carta con nuestra decisión.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la “Organización de revisión independiente” (IRO) es “**Entidad de revisión independiente**”, a veces denominada “**IRE**”.

- Esta organización no tiene conexión con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la compañía para que fuera la IRO y Medicare supervisa su trabajo.
- Enviamos información sobre su apelación (su “expediente de caso”) a esta organización. Tiene derecho a recibir una copia gratuita del expediente de su caso.
- Tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tiene una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación rápida con nosotros en el Nivel 1, obtendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La IRO no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tiene una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si nos presentó una apelación estándar en el Nivel 1, obtendrá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La IRO no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare.

La IRO le da su respuesta por escrito y explica las razones.

- **Si la IRO dice Sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos:
 - o Autorizar la cobertura de cuidado médico **en un plazo de 72 horas, o**
 - o Proporcionar el servicio en un plazo de **14 días calendario** después de recibir la decisión de la IRO para **solicitudes estándar, o**
 - o Brindar el servicio **en un plazo de 72 horas** después de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO dice Sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento de receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de receta de la Parte B de Medicare en disputa:
 - o **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la IRO para **solicitudes estándar, o**
 - o **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO dice que No a una parte o a la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. Esto se llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.
 - o Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- o Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles.
- o Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si continúa con el Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2.
- o Un juez de derecho administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador gestiona una apelación de nivel 3. Consulte la **Sección J** [\[insert reference, as applicable\]](#) para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre, o que cubre tanto Medicare como [\[insert name of state-specific Medicaid program\]](#)

Una Apelación de Nivel 2 para recibir servicios que [\[insert name of state-specific Medicaid program\]](#) suele cubrir es una audiencia imparcial ante el estado. En [\[insert name of state\]](#) se convoca a una audiencia imparcial [\[insert description\]](#). Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha en que le enviamos la carta de nuestra decisión sobre su Apelación de Nivel 1. La carta que le enviamos le indica dónde debe enviar su solicitud para la realización de una audiencia imparcial.

[\[Plans should describe the process for Medicaid Level 2 Appeals, in which members must submit the Level 2 Appeal themselves.\]](#)

La oficina de Audiencias imparciales le da su decisión por escrito y le explica los motivos.

- Si la oficina de Audiencias imparciales **acepta** una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su decisión.
- Si la oficina de Audiencias imparciales dice que **No** a una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. Esto se llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la decisión de la IRO o de la oficina de Audiencias imparciales es **No** para toda o parte de su solicitud, tiene derechos de apelación adicionales.

Si su Apelación de Nivel 2 fue a la **IRO**, puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza un monto mínimo determinado. Un ALJ o un abogado adjudicador gestiona una Apelación de Nivel 3. **La carta que recibe de la IRO le explica los derechos de apelación adicionales que puede tener.**

La carta que recibe de la oficina de Audiencias imparciales describe la próxima opción de apelación.

Consulte la **Sección J** *[insert reference, as applicable]* para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura. *[Plans with cost-sharing insert: La única cantidad que se le debe pedir que pague es el copago para [insert service, item, and/or drug categories that require a copay].]*

[Plans insert if the state DOES NOT allow members to be directly reimbursed for Medicaid benefits: No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura [plans with cost-sharing insert: que es más que su copago] por servicios y artículos cubiertos de Medicaid, envíenos la factura. Usted no debe pagar esa factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del asunto. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de cuidado de salud si siguió las reglas para obtener servicios o artículos.

Si desea que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o si nos pide que le paguemos a un proveedor de cuidado médico por un servicio o artículo de Medicaid que usted pagó, nos deberá pedir que tomemos esto como una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las reglas para usar su cobertura. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual del miembro*.]

[Plans insert if the state DOES allow members to be directly reimbursed for Medicaid benefits: Si recibe una factura [plans with cost-sharing insert: que es más que su copago] por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. Usted no debe pagar esa factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del asunto. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si siguió las reglas para obtener servicios o artículos.

Para obtener más información, , consulte el **Capítulo 7** de su *Manual del miembro*. Allí se describen situaciones en las que es posible que deba solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También se le indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

Si solicita un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las reglas para usar su cobertura.]

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y siguió todas las reglas, le enviaremos a *[insert: usted or su proveedor]* *[insert: el pago or if the plan has cost-sharing, nuestra parte del costo]* por el servicio o artículo en un plazo de 60 días calendario después de recibir su solicitud. *[Insert, as applicable: Luego, su proveedor le enviará el pago.]*
- Si aún no ha pagado por el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que **Sí** a su solicitud de decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la **Sección F3** *[insert reference, as applicable]*. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta que:

- Si presenta una apelación para que le devolvamos el dinero, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación.
- Si nos pide que le reembolsemos el cuidado médico que recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es que **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de cuidado de salud dentro de los 60 días calendario.
- Si la IRO dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta que explica los derechos de apelación adicionales que puede tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y [\[insert name of Medicaid program\]](#) generalmente cubre el servicio o artículo, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información. [\[Plans may edit as needed and/or provide additional instructions about the process for Level 2 payment appeals.\]](#)

G. Medicamentos de receta de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos de receta. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre y que [\[insert name of state-specific Medicaid program\]](#) puede cubrir. **Esta sección solo aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** Utilizaremos el término “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de decir “medicamento de la Parte D de Medicare” en todas las ocasiones. [\[Insert as applicable and adjust language as directed by the state: En el caso de medicamentos cubiertos únicamente por Medicaid, siga el proceso en la Sección E en la página <insert page number>.\]](#)

Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del miembro* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, lo que incluye pedirnos que:
 - o cubramos un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o
 - o descartar una restricción en nuestra cobertura para un medicamento (como límites en la cantidad que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento tiene cobertura para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo)

NOTA: Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir como está escrita, la farmacia le da un aviso por escrito que explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

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

- Nos pide que pagemos un medicamento que ya compró. Esto es solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use el cuadro a continuación a modo de orientación.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que anulemos una regla o restricción de un medicamento que cubrimos.	Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento que ya compró y pagó.	Le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted desea.
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede solicitarnos una decisión de cobertura.	Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra postura).
Comience con la Sección G2 , luego consulte las Secciones G3 y G4 [insert reference, as applicable] .	Consulte la Sección G4 [insert reference, as applicable] .	Consulte la Sección G4 [insert reference, as applicable] .	Consulte la Sección G5 [insert reference, as applicable] .

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la manera que le gustaría, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

Cuando solicita una excepción, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe explicarle las razones médicas por las que necesita la excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o la eliminación de una restricción en un medicamento a veces se denomina solicitar una “**excepción del formulario**”.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos

- [\[Plans without cost-sharing delete\]](#) Si acordamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, usted paga el copago que corresponda [\[insert as appropriate: para todos nuestros medicamentos or medicamentos en \[insert exceptions tier\] or medicamentos en \[insert exceptions tier\] para medicamentos de marca o \[insert exceptions tier\] para medicamentos genéricos\]](#).
- No puede obtener una excepción al monto del copago requerido para el medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos (consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del miembro* para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
 - o [\[Omit if the plan does not use generic substitution\]](#) Estar obligado a utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - o [\[Omit if the plan does not use prior authorization \(PA\)\]](#) Obtener nuestra aprobación con anticipación antes de aceptar cubrir el medicamento por usted. Esto se llama en ocasiones “autorización previa (PA)”.
 - o [\[Omit if the plan does not use step therapy\]](#) Estar obligado a probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto a veces se denomina “terapia escalonada”.

- o *[Omit if the plan does not use quantity limits]* Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, existen restricciones sobre la cantidad que usted puede tener.
 - *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions omit this bullet.]* Si aceptamos hacer una excepción para usted y anulamos una restricción, puede solicitar una excepción al monto del copago que debe pagar.
3. *[Plans with no cost-sharing and plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions, omit this section.]* **Cómo cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento en nuestra Lista de medicamentos está en uno de *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel de costo compartido, menor será su monto de copago requerido.

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

- Nuestra Lista de medicamentos a menudo incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se llaman medicamentos “alternativos”.
- Si un medicamento alternativo para su afección médica se encuentra en un nivel de costo compartido más bajo que el medicamento que usted toma, puede solicitarnos que lo cubramos al monto del costo compartido del medicamento alternativo. Esto reduciría el monto de su copago por el medicamento.
 - o *[Plans that have a formulary structure where all biological products are on one tier or that do not limit their tiering exceptions in this way, omit this bullet:]* Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos al monto del costo compartido correspondiente al nivel más bajo de alternativas de productos biológicos para su afección.
 - o *[Plans that do not limit their tiering exceptions in this way, omit this bullet:]* Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede pedirnos que lo cubramos al monto del costo compartido del nivel más bajo de alternativas de marca para su afección.
 - o *[Plans that do not limit their tiering exceptions in this way; omit this bullet:]* Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede

solicitarnos que lo cubramos al monto del costo compartido del nivel más bajo para las alternativas genéricas o de marca para su afección.

- *[If the plan designated one of its tiers as a “specialty tier” and exempts that tier from the exceptions process, include the following language: No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en [insert tier number and name of tier designated as the high-cost/unique drug tier].]*
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general paga el monto más bajo.

G3. Cosas importantes que debe saber acerca de solicitar una excepción

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe informarnos las razones médicas.

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otra persona autorizada a dar recetas cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos a menudo incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es tan efectivo como el medicamento que solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción. *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions omit the next sentence.]* Si nos solicita una excepción de niveles, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no sean tan efectivos para usted o existe la probabilidad de que le causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder que Sí o que No a su solicitud.

- Si respondemos que **Sí** a su solicitud de excepción, la excepción generalmente dura hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si decimos que **No** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** *[insert reference, as applicable]* para obtener más información sobre cómo presentar una apelación si decimos que **No**.

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

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al [<phone number>](#), escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) pueden hacerlo. Incluya su nombre, su información de contacto y la información sobre el reclamo.
- Usted o su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o cualquier otra persona que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** [\[insert reference, as applicable\]](#) para averiguar cómo nombrar a alguien como su representante.
- No es necesario que le dé permiso por escrito a su médico u otra persona autorizada a dar recetas para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual del miembro*.
- Si solicita una excepción, envíenos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye las razones médicas de su médico u otra persona autorizada a dar recetas para la solicitud de excepción.
- Su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede enviarnos por fax o correo la declaración de respaldo. También pueden informarnos por teléfono y luego enviar el estado de cuenta por fax o correo.
- [\[Plans that allow members to submit coverage determination requests electronically \(e.g., through a secure member portal\) may include a brief description of that process.\]](#)

Si su salud lo requiere, pídaenos una “decisión de cobertura rápida”.

Usamos los “plazos estándar”, a menos que aceptemos usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

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

Puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es por un medicamento que no consiguió. No puede conseguir una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Su salud o capacidad para funcionar se vería gravemente perjudicada si utilizamos los plazos estándar.

Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, estamos de acuerdo y se la damos. Le enviaremos una carta que lo indique.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico u otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usamos los plazos estándar en su lugar.
 - o Le enviaremos una carta que lo indique. En la carta también se le indicará cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - o Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre la presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K** [\[insert reference, as applicable\]](#).

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes, si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO. Consulte la **Sección G6** [\[insert reference, as applicable\]](#) para obtener más información sobre una Apelación de Nivel 2.

- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le brindamos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le indicará cómo puede presentar una apelación.


Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes, si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO.
- Si respondemos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le daremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le indicará cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le devolveremos el dinero dentro de los 14 días calendario.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le indicará cómo presentar una apelación.

G5. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1

 **Si tiene alguna pregunta**, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina “**redeterminación**” del plan.

- Puede comenzar su **apelación estándar** o **rápida** si nos llama al <phone number>, nos escribe o envía un fax. Usted, su representante o su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Debe solicitar una apelación **dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con la fecha límite y tiene una buena razón para hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Tener una enfermedad grave o que le hayamos dado información incorrecta sobre la fecha límite son ejemplos de buenas razones. Explique la razón por la cual su apelación se retrasa cuando presente su apelación.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que los de una decisión de cobertura rápida. Consulte la **Sección G4** [*insert reference, as applicable*] para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos las reglas cuando respondimos que **No** a su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 1

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
 - o Le daremos nuestra respuesta antes, si su salud lo requiere.
 - o Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO la analiza. Consulte la **Sección G6** *[insert reference, as applicable]* para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le comunicamos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - o Si no le comunicamos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO la analiza. Consulte la **Sección G6** *[insert reference, as applicable]* para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos proporcionar tan pronto como su salud lo requiera, pero **a más tardar 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
 - o Si no le comunicamos una decisión dentro de los 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO la analiza. Consulte la **Sección G6** *[insert reference, as applicable]* para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos pagarle dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2

Si decimos que **No** a su Apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilice el proceso de apelación de Apelación de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando decimos que **No** a su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de revisión independiente” (IRO) es “**Entidad de revisión independiente**”, a veces denominada “**IRE**”.

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que **No** a su Apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones indican quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando presenta una apelación a la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se denomina su

“expediente de caso”. **Tiene derecho a recibir una copia gratuita del expediente de su caso.**

- Tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

La IRO revisa su Apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** *[insert reference, as applicable]* para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite una IRO para una apelación rápida.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si dicen que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que usted no recibió.
- **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación por el reembolso de un medicamento que usted compró.

Si la IRO dice que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle el pago por un medicamento que compró en un plazo de 30 días calendario después de recibir la decisión de la IRO.
- Si la IRO dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO dice que **No** a su Apelación de Nivel 2, tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es menor que el



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le enviará una carta donde se le indicará el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted elegirá si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2.
- Si la IRO dice que **No** a su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted:
 - o Decida si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
 - o Consulte la carta que le envió la IRO después de su Apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador gestiona las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** [\[insert reference, as applicable\]](#) para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Pedirnos que cubramos una estadía más larga en el hospital

Cuando ingresa a un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de su *Manual del miembro*.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que deje el hospital. También ayudan a organizar el cuidado que pueda necesitar después de que se vaya.

- El día en que sale del hospital se denomina “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si cree que se le está pidiendo que deje el hospital demasiado pronto o si le preocupa su cuidado después de dejar el hospital, puede solicitar una estadía más prolongada en el hospital. En esta sección se le indica cómo solicitarlo.

H1. Información sobre sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso en el hospital, alguien en el hospital, como el personal de enfermería o un asistente social, le entregará un aviso por escrito denominado “Un

mensaje importante de Medicare sobre sus derechos". Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que ingresan a un hospital.

Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al miembro a los números que aparecen al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea el aviso** detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:
 - o Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - o Participar en cualquier decisión sobre la duración de su estadía en el hospital.
 - o Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
 - o Apelar si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
 - o Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
 - o Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que está de acuerdo con una fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan dicho.
- **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deja el hospital, obtendrá otra copia antes de que reciba el alta.

Para ver una copia del aviso por adelantado:

- Llame a Servicios al miembro a los números que se encuentran en la parte inferior de la página



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

- Llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) revisa la Apelación de Nivel 1 para determinar si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de salud a quienes paga el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En *[insert name of state]*, la QIO es *[insert state-specific QIO name]*. Llámelos al *[insert QIO toll-free phone number]*. La información de contacto también se encuentra en el aviso, “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”, y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital y no más tarde de la fecha de alta planificada.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada sin pagar por ello mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, es probable que deba pagar todos los costos del cuidado hospitalario que reciba después de la fecha de alta planificada.
- **Si no cumple con la fecha límite** para comunicarse con la QIO sobre su apelación, apele directamente a nuestro plan. Consulte la **Sección G4** *[insert reference, as applicable]* para obtener información sobre cómo presentarnos una apelación.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene dudas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios al miembro a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.
- Llame a *[insert name of state SHIP including contact information]*.

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y póngase en contacto con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta del hospital.

El término legal para “**revisión rápida**” es “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”.

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta planificada. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó el hospital y nuestro plan.
- Al mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, recibirá una carta con su fecha de alta planificada. En la carta también se le indican los motivos de por qué su médico, el hospital y nosotros creemos que es la fecha de alta correcta médicamente adecuada para usted.

El término legal para esta explicación escrita es “**Aviso detallado de alta**”. Puede obtener una muestra llamando a Servicios al miembro a los números que aparecen en la parte inferior de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Antes de que transcurra un día completo después de recibir toda la información que necesita, la QIO le dará su respuesta a su apelación.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Le proporcionaremos sus servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Crean que su fecha de alta planificada es médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura para sus servicios como paciente hospitalizado terminará al mediodía del día siguiente al que la QIO le dé su respuesta a su apelación.

- Es posible que deba pagar el costo total del cuidado hospitalario que reciba después del mediodía del día posterior al que la QIO le dé su respuesta a su apelación.
- Puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su Apelación de Nivel 1 y permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada.

H3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la QIO que analice nuevamente la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llámelos al [\[insert QIO toll-free phone number\]](#).

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la QIO dijo que **No** a su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para el cuidado.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Debemos reembolsarle [\[plans with cost-sharing should include: nuestra cuota de\]](#) los costos del cuidado hospitalario desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la QIO rechazó su Apelación de Nivel 1.
- Le proporcionaremos sus servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con la decisión de ellos sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le darán una carta que le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador gestiona las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** [\[insert reference, as applicable\]](#) para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H4. Cómo hacer una Apelación alterna de Nivel 1

La fecha límite para comunicarse con la QIO para una Apelación de Nivel 1 es dentro de los 60 días o no más tarde de su fecha de alta planificada del hospital. Si no cumple con la fecha límite de Apelación de Nivel 1, puede usar un proceso de “Apelación alterna”.

Comuníquese con Servicios al miembro a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y pídanos una “revisión rápida” de su fecha de alta hospitalaria.

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

- Analizamos toda la información sobre su estadía en el hospital.
- Comprobamos que la primera decisión fue justa y siguió las reglas.
- Usamos plazos rápidos en lugar de plazos estándar y le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de su solicitud de una revisión rápida.

Si decimos que **Sí** a su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo en que debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta.
- Le proporcionaremos sus servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.
- Le reembolsamos [\[plans with cost-sharing should include: nuestra cuota de\]](#) los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que le indicamos que terminaría su cobertura.

Si decimos que **No** a su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo en que su fecha de alta prevista era médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza en la fecha que le indicamos.
- No pagaremos ninguna [\[plans with cost-sharing should include: cuota\]](#) de los costos después de esta fecha.
- Es posible que deba pagar el costo total del cuidado hospitalario que recibió después de la fecha de alta planificada si continúa en el hospital.

- Enviamos su apelación a la IRO para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.

H5. Cómo hacer una Apelación alterna de Nivel 2

Enviamos la información para su Apelación de Nivel 2 a la IRO en un plazo de 24 horas después de decir que **No** a su Apelación de Nivel 1. Hacemos esto automáticamente. No necesita hacer nada.

Si cree que no cumplimos con este plazo, o cualquier otro plazo, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** [\[insert reference, as applicable\]](#) para obtener más información sobre cómo presentar quejas.

La IRO realiza una revisión rápida de su apelación. Revisan detenidamente toda la información sobre su alta hospitalaria y generalmente le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

Si la IRO dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos [\[plans with cost-sharing should include: nuestra cuota de\]](#) los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que le indicamos que terminaría su cobertura.
- Le proporcionaremos sus servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la IRO dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo en que su fecha de alta hospitalaria planificada era médicamente adecuada.
- Le darán una carta que le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador gestiona las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** [\[insert reference, as applicable\]](#) para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección trata solo de tres tipos de servicios que puede recibir:

- servicios de cuidado de salud en el hogar

- cuidado de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, **y**
- cuidado de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. Esto generalmente significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a recibir los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico indique que los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos informarle **antes** de que finalicen sus servicios. Cuando finaliza su cobertura para ese servicio, dejamos de pagarlo.

Si cree que estamos cancelando la cobertura de su cuidado de salud demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su cuidado de salud. Esto se denomina “Aviso de no cobertura de Medicare”. El aviso le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado de salud y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibieron. Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1

Si cree que estamos cancelando la cobertura de su cuidado de salud demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de Apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con las fechas límite.** Los plazos son importantes. Comprenda y siga los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. Nuestro plan también debe respetar los plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** [*insert reference, as applicable*] para obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene dudas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - o Llame a Servicios al miembro a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

- o Llame a [\[insert state name of SHIP program and contact information\]](#).
- **Comuníquese con la QIO.**
 - o Consulte la **Sección H2** [\[insert reference, as applicable\]](#) o consulte el **Capítulo 2** de su *Manual del miembro* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
 - o Pídale que revisen su apelación y decidan si deben cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápidamente y solicite una “apelación acelerada”.** Pregunte a la QIO si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para ponerse en contacto con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia del “Aviso de no cobertura de Medicare” que le enviamos.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la QIO, puede presentar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre cómo hacerlo, consulte la **Sección I4** [\[insert reference, as applicable\]](#).

El término legal para el aviso por escrito es “**Aviso de no cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios al miembro a los números que aparecen en la parte inferior de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación acelerada

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito que explica nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá el aviso al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es “**Explicación detallada de no cobertura**”.

- Los revisores le informan su decisión antes de transcurrido un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Brindaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejamos de pagar [\[plans with cost-sharing should include: nuestra cuota de\]](#) los costos de este cuidado de salud en la fecha del aviso.
- Usted mismo paga el costo total de este cuidado de salud si decide continuar con los servicios de cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o CORF después de la fecha de finalización de su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

13. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la QIO que analice nuevamente la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llámelos al [\[insert QIO toll-free phone number\]](#).

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la QIO dijo que **No** a su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continúa el cuidado de salud después de la fecha en que finalizó su cobertura para el cuidado.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

- Le reembolsamos [\[plans with cost-sharing should include: nuestra cuota de\]](#) los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que le indicamos que terminaría su cobertura.
- Daremos cobertura para el cuidado de salud durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su cuidado de salud y no la cambiarán.
- Le darán una carta que le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador gestiona las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** [\[insert reference, as applicable\]](#) para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I4. Cómo hacer una Apelación alterna de Nivel 1

Como se explica en la **Sección I2** [\[insert reference, as applicable\]](#), debe actuar con rapidez y comunicarse con la QIO para iniciar su Apelación de Nivel 1. Si no cumple con la fecha límite, puede usar un proceso de “Apelación alterna”.

Comuníquese con Servicios al miembro a los números que aparecen en la parte inferior de la página y solicítenos una “revisión rápida”.

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

- Analizamos toda la información sobre su caso.
- Verificamos que la primera decisión haya sido justa y haya seguido las reglas cuando fijamos la fecha para finalizar la cobertura de sus servicios.
- Usamos plazos rápidos en lugar de plazos estándar y le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de su solicitud de una revisión rápida.

Si decimos que **Sí** a su apelación rápida:

- Aceptaremos que necesita los servicios por más tiempo.
- Brindaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

- Acordaremos reembolsarle *[plans with cost-sharing should include: nuestra cuota de]* los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que le indicamos que terminaría su cobertura.
- Si decimos que **No** a su apelación rápida:
 - o Nuestra cobertura para estos servicios finalizará en la fecha que le indiquemos.
 - o No pagaremos ninguna *[plans with cost-sharing should include: cuota]* de los costos después de esta fecha.
 - o Usted pagará el costo total de estos servicios si continúa recibéndolos después de la fecha en que le informamos que terminaría nuestra cobertura.
 - o Enviamos su apelación a la IRO para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.

15. Cómo hacer una Apelación alterna de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2:

- Enviamos la información para su Apelación de Nivel 2 a la IRO en un plazo de 24 horas después de decir que No a su Apelación de Nivel 1. Hacemos esto automáticamente. No necesita hacer nada.
- Si cree que no cumplimos con este plazo, o cualquier otro plazo, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** *[insert reference, as applicable]* para obtener más información sobre cómo presentar quejas.
- La IRO realiza una revisión rápida de su apelación. Revisan detenidamente toda la información sobre su alta hospitalaria y generalmente le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

Si la IRO dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos *[plans with cost-sharing should include: nuestra cuota de]* los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que le indicamos que terminaría su cobertura.
- Le proporcionaremos sus servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la IRO dice que **No** a su apelación:



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su cuidado de salud y no la cambiarán.
- Le darán una carta que le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador gestiona las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** [*insert reference, as applicable*] para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un cierto monto mínimo en dólares, no puede apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. En la carta que recibe de la IRO para su Apelación de Nivel 2 se le explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **Sí** a su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con todos los documentos adjuntos. Es posible que esperemos la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del ALJ o del abogado adjudicador.
 - o Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo responde que **Sí** a su Apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de Apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.

Si el Consejo dice que **No** o rechaza nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá por **Sí** o por **No**. Esta será la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones de *[insert name of state-specific Medicaid program]* adicionales

*[Insert and adjust as applicable for the state Medicaid program: También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que *[insert name of state-specific Medicaid program]* normalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de Audiencias imparciales le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.]*



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

[Plans may, at the discretion of the state, insert a clear, brief description of the procedures, timing, and instructions about what members need to do if they want to file an additional appeal in the state.]

J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. La respuesta por escrito que recibe a su Apelación de Nivel 2 explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice que **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.

- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el Consejo dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no termine.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá por **Sí** o por **No**. Esta será la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. ¿Qué tipo de problemas deben ser quejas?

El proceso de quejas se usa solo para ciertos tipos de problemas, tales como problemas relacionados con la calidad de los cuidados de salud, los tiempos de espera, la coordinación del cuidado y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas manejados por el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	No está satisfecho con la calidad del cuidado, como el cuidado que recibió en el hospital.
Respeto por su privacidad	Usted piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none">• Un proveedor o personal de cuidado de salud fue grosero o irrespetuoso con usted.• Nuestro personal lo trató mal.• Cree que está siendo obligado a salir de nuestro plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

Queja	Ejemplo
Accesibilidad y asistencia lingüística	<ul style="list-style-type: none"> • No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de cuidado de salud en el consultorio de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma que habla, que no es el inglés (como el lenguaje de señas estadounidense o el español). • Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que necesita y solicita.
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios al miembro u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no está limpio.
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que no le entregamos un aviso o una carta que debería haber recibido. • Piensa que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Puntualidad relacionada con decisiones de cobertura o apelaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Piensa que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos. • No cree que enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede realizar una queja interna y/o una queja externa. Una queja interna es presentada y revisada por nuestro plan. Una queja externa es presentada y revisada por una organización no afiliada a nuestro plan. Si necesita ayuda para realizar una queja interna y/o externa, puede llamar a [\[insert contacts and contact information\]](#).



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <web address>.

El término legal para una “queja” es un **“reclamo”**.

El término legal para “realizar una queja” es **“presentar un reclamo”**.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios al miembro al *<phone number>*. Puede presentar la queja en cualquier momento a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, debe presentarla **en un plazo de 60 días calendario** después de que tuvo el problema sobre el que desea quejarse.


- Si hay algo más que deba hacer, Servicios al miembro se lo informará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- *[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 “queja rápida” es **“reclamo acelerado”**.

Si es posible, le respondemos de inmediato. Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas dentro de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También proporcionamos una actualización de estado y el tiempo estimado para que obtenga la respuesta.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos a su queja dentro de las 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos a su queja dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad de su queja, se lo informaremos y le daremos nuestras razones. Respondemos ya sea que estemos de acuerdo con la queja o no.

 **Si tiene alguna pregunta**, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El formulario de quejas de Medicare está disponible en: www.es.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario presentar una queja ante *[insert plan name]* antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

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

[Insert additional Medicaid information as required by the state.]

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja ante la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si cree que no ha sido tratado de manera justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o la asistencia con el idioma. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de la OCR en:

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

También puede tener derechos de conformidad con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y con la *[plans may insert relevant state law]*. Puede comunicarse con *[insert contacts and contact information]*.

QIO

Cuando su queja es sobre la calidad de los cuidados de salud, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de los cuidados de salud directamente a la QIO.
- Puede presentar su queja ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja a la QIO, trabajaremos con ellos para resolverla.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de salud a quienes paga el gobierno federal para controlar y mejorar el cuidado de salud brindado a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** *[insert reference, as applicable]* o consulte el **Capítulo 2** de su *Manual del miembro*.

En <state>, la QIO se denomina <state specific QIO name>. El número de teléfono de <state-specific QIO name> es <phone number>.



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.