



Apelaciones y reclamos

Plan Medicare Advantage Dual Complete (HMO D-SNP) de Community Health Plan of Washington **Plan Medicare Advantage Dual Select (HMO D-SNP) de Community Health Plan of Washington**

Como persona inscrita en el plan Medicare Advantage Dual Plan (HMO D-SNP) de Community Health Plan of Washington (CHPW), usted tiene derecho a presentar una queja si tiene un problema o una inquietud sobre su seguro médico o cobertura de atención médica. El programa federal de Medicare tiene normas acerca de qué necesita hacer para presentar una queja y qué debe hacer CHPW al recibir una queja. Si presenta una queja, seremos imparciales en la forma en que la manejaremos. No se podrá cancelar su inscripción en el plan Medicare Advantage Dual Plan de CHPW ni recibirá ninguna sanción por presentar una queja.

Este documento está diseñado para permitirle comprender lo siguiente:

- Cuáles son sus derechos cuando tiene una queja.
- Cómo presentar una *apelación* o un *reclamo* cuando tiene una queja.
- Cómo funcionan los procesos de *apelación* y *reclamo*.

Tomamos en serio sus inquietudes y las consideramos oportunidades para mejorar la atención y el servicio de las personas inscritas.

¿Qué son las apelaciones y los reclamos?

Tiene derecho a presentar una queja si tiene inquietudes o problemas relacionados con su cobertura o atención. Las quejas pueden dividirse en dos categorías: “*apelaciones*” y “*reclamos*”.

Apelaciones

Una “*apelación*” es un tipo de queja que usted presenta cuando desea que CHPW reconsidere una decisión que hemos tomado acerca de qué beneficios o medicamentos recetados están cubiertos por su plan o lo que nosotros pagaremos. Por ejemplo, puede presentar una *apelación* si considera lo siguiente:

- No aprobamos el pago de la atención que considera que debería estar cubierta.
- Si no pagamos un procedimiento médico en particular u otro servicio que considera que debería estar cubierto.
- No autorizamos el pago de un tratamiento médico o de un medicamento recetado de la Parte D que su proveedor u otro proveedor médico declaran que es medicamento necesario y usted cree que es un tratamiento cubierto por su plan.
- Se le informa que la cobertura de un tratamiento o servicio o un medicamento de la Parte D que recibe actualmente se reducirá o suspenderá, y usted siente que esto puede perjudicar su salud.
- Recibió atención o un medicamento recetado de la Parte D que considera que estaba cubierto por su plan mientras estaba inscrito, pero nos negamos a pagar esta atención.
- Su proveedor le recetó un medicamento recetado de la Parte D y no lo pagamos porque no está en nuestro formulario.
- No está de acuerdo con el monto que exigimos que pague por un medicamento recetado de la Parte D.
- Existe un requisito que establece que debe probar otro medicamento antes de que paguemos el medicamento que su proveedor recetó o si hay una cantidad o un límite de dosis con el que no está de acuerdo.

Reclamos

Un “*reclamo*” es un tipo de queja que presenta si tiene un problema con su proveedor de atención médica o con el servicio que CHPW le brindó.

Por ejemplo, puede presentar un *reclamo* si tiene alguna inquietud sobre cuestiones como las siguientes:

- La calidad de su atención.
- Los tiempos de espera para conseguir una cita o en la sala de espera.
- El comportamiento de su proveedor.
- La capacidad de comunicarse con alguien por teléfono u obtener la información que necesita.
- La limpieza o el estado del consultorio de su proveedor, o la amabilidad del servicio que le brindamos.

¿Cuál es el proceso de apelación?

Las apelaciones deben presentarse en un plazo de **65 días calendario** a partir de la fecha del aviso de denegación.

Existen dos tipos de *apelaciones*: **estándar** y **rápida** (también llamada **acelerada**).

- La *apelación* estándar, también llamada “reconsideración”, es una solicitud formal para que su plan de atención médica revise la denegación de un servicio o artículo que usted cree que debería cubrirse o pagarse.
- La *apelación* rápida (acelerada) se presenta si usted o su médico consideran que una demora en recibir una decisión de *apelación* estándar al esperar más de 72 horas (3 días calendario) podría poner en grave peligro su salud, su vida o su capacidad para recuperar la función máxima.

En la siguiente sección, se explica cómo presentar una *apelación* si tiene quejas sobre la denegación de servicios médicos o beneficios de medicamentos recetados de la Parte D en virtud de un plan Medicare Advantage Dual de CHPW, lo que incluye lo siguiente:

- Qué implica el proceso.
- Los niveles del proceso de *apelación*.
- Cuánto tiempo se tarda en tomar una decisión sobre una *apelación*.
- Qué sucede si se rechaza una *apelación*.
- Las quejas específicas sobre el alta del hospital, la cobertura de servicios en centros de atención de enfermería especializada, de atención médica a domicilio o de rehabilitación integral para pacientes externos.

¿Cómo presento una apelación?

Tanto las *apelaciones* estándar como las rápidas (aceleradas) se pueden presentar verbalmente llamando al **Servicio al cliente de Community Health Plan of Washington** al **1-800-942-0247, (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.**

O bien, puede presentar su *apelación* por escrito a la siguiente dirección:

Community Health Plan of Washington
Attn: Medicare Advantage Dual Plan Appeals
1111 3rd Ave, Suite 400
Seattle, WA 98101

También puede enviar su *apelación* por fax a los siguientes números:

Apelación estándar **1-206-652-7010**

Apelación rápida (acelerada) **1-206-652-7011**

Puede entregar su *apelación rápida (acelerada)* en persona en la siguiente dirección:

Community Health Plan of Washington
1111 3rd Ave, Suite 400
Seattle, WA 98101

Asegúrese de indicar de forma clara el tipo solicitud de *apelación* que está presentando e incluir su nombre, su dirección, su número de identificación de inscrito y de miembro, los motivos de la apelación y cualquier evidencia que desee adjuntar. Puede enviar registros médicos de respaldo, cartas de los proveedores u otra información o documentación que respalde su posición. Comuníquese con su proveedor si necesita esta información para que lo ayude a presentar su *apelación*.

¿Quién puede presentar una apelación?

Solo el miembro, su representante autorizado, el proveedor que lo atiende o el proveedor de atención primaria (PCP) pueden presentar una *apelación* de la Parte C. En el caso de las *apelaciones* de la Parte D, el miembro, su representante autorizado o el médico que extiende recetas pueden presentar una *apelación*. Puede designar a alguien para que lo represente, como un familiar, amigo, defensor, abogado o médico, y todas las comunicaciones se le enviarán a esa persona.

Para designar a un representante, debe completar un formulario de Designación de representante (AOR). El formulario está disponible en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en www.medicare.chpw.org/member-center/member-resources/medicare-plan-documents/. Este formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado. Alternativamente, puede presentar una declaración por escrito que contenga la misma información indicada en el formulario.

¿Cuánto tiempo se tarda en tomar una decisión sobre una apelación?

Las *apelaciones estándar* se procesan en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de una *apelación estándar*. Es posible que se extienda a 44 días calendario si se necesita más información. Recibirá un aviso de nuestra decisión por escrito junto con la explicación de respaldo. Si su *apelación* es sobre el pago de un servicio que ya recibió, recibirá una decisión por escrito en un plazo de 60 días. Las decisiones sobre las *apelaciones estándar de redeterminación de cobertura* para medicamentos recetados de la Parte D se toman en un plazo de 7 días calendario.

Las *apelaciones rápidas (aceleradas)* se procesan en un plazo de 72 horas tras la recepción de la *apelación*. Si determinamos que la *apelación* debe ser estándar, nos comunicaremos de inmediato para informarle nuestra decisión, y luego recibirá un aviso por escrito en un plazo de 2 días calendario. Las decisiones sobre las *apelaciones rápidas (aceleradas) de redeterminación de cobertura* para medicamentos recetados de la Parte D se toman en un plazo de 72 horas.

¿Cómo funciona el proceso de toma de decisiones?

Hay **5 niveles** de *apelación*. Cada uno de estos niveles tiene pasos que usted y CHPW deben seguir.

En cada uno de los **5 niveles** de *apelación*, si no está de acuerdo con la decisión tomada en cualquier nivel, generalmente, puede pasar al siguiente nivel. En cada paso, recibirá una carta de decisión que incluye instrucciones sobre cómo proceder al siguiente nivel de *apelación*.

Paso 1: determinaciones de la organización

En ambos tipos de *apelaciones*, un coordinador de reclamos de CHPW organizará la revisión. Todas las decisiones en el proceso de *apelaciones* las toma alguien que no sea la persona que tomó la decisión de cobertura original. Usted o su proveedor pueden solicitar examinar el expediente de su caso antes y durante el proceso de *apelación*.

Para tomar una decisión, el coordinador de reclamos de CHPW recopilará la información y hablará con el personal, los especialistas, los proveedores y otras partes correspondientes de CHPW.

Después de revisar su *apelación*, decidiremos si mantener la decisión original o cambiarla y otorgarle parte o la totalidad de la atención, el beneficio o el pago que solicitó en la *apelación*.

Un proveedor con conocimientos en el campo médico correspondiente toma las decisiones de *apelación* que se relacionan con la necesidad médica.

Paso 2: revisión de una entidad de revisión independiente (IRE)

La entidad de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con CHPW ni es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Si rechazamos total o parcialmente su ***apelación de Nivel 1 de la Parte B o C***, la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una ***apelación de Nivel 2***.

Si rechazamos su ***apelación de Nivel 1 de la Parte D***, usted decide si desea continuar con el proceso de *apelación* y presentar *otra apelación*, lo que significa que su *apelación* pasa a la IRE de Nivel 2 del proceso de *apelación*. Le enviaremos un aviso por escrito que incluye cómo presentar una *apelación* de Nivel 2, los plazos que debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.

Si no está de acuerdo con la decisión de la IRE en la ***apelación de Nivel 2***, tiene 60 días a partir de la fecha de la decisión de la IRE para solicitar una ***apelación de Nivel 3***, que es una decisión de la Oficina de Audiencias de Medicare y *Apelaciones* (OMHA). La solicitud de *apelación* se debe hacer por escrito y presentar dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de recepción del aviso de la decisión de reconsideración de la IRE. Se puede hacer una solicitud por escrito utilizando el formulario "OMHA-100". Formularios necesarios para la ***apelación de Nivel 3***:
hhs.gov/about/agencies/omha/filing-an-appeal/forms/index.html

Paso 3: juez administrativo o mediador

Si no está de acuerdo con el resultado de su ***apelación de Nivel 2*** presentada por la IRE, puede solicitar que un juez administrativo (ALJ) considere su caso y tome una decisión. El ALJ es empleado del gobierno federal. En el **Nivel 3** del proceso de *apelación*, su *apelación* será revisada por un mediador de la OMHA y es posible que tenga una audiencia ante un ALJ. Un juez administrativo o un mediador revisarán su *apelación* y le dará una respuesta. Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué hacer para una ***apelación de Nivel 4***. El valor en dólares de su beneficio impugnado debe ser de al menos \$190 para ser considerado en el **paso 4**.

Paso 4: revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC)

Si la decisión del ALJ es desfavorable o si no desea aceptar la decisión tomada en la ***apelación de Nivel 3***, la decisión contendrá la información necesaria para presentar una solicitud de revisión por parte del MAC.

La solicitud de ***apelación de Nivel 4*** se debe hacer por escrito y presentar ante el Consejo de *Apelaciones* dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del ALJ o del mediador utilizando el formulario de ***apelación DAB-101***, que está disponible en
hhs.gov/about/agencies/dab/different-appeals-at-dab/appeals-to-council/forms/index.html.

Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una **apelación de Nivel 5** y cómo continuar con una **apelación de Nivel 5**.

Paso 5: revisión judicial en el Tribunal Federal de Distrito

Si usted o nosotros no estamos de acuerdo con la decisión del Consejo de *Apelaciones* de Medicare (Consejo) de **Nivel 4** y el monto en controversia es de al menos \$1,900, se puede presentar una acción civil ante el Tribunal Federal de Distrito local. El aviso de la decisión del Consejo brindará información sobre la presentación de una acción civil. Tenga en cuenta que su solicitud se debe presentar ante el Tribunal Federal de Distrito dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la decisión del Consejo de *Apelaciones* de Medicare.

Este es el último nivel de *apelaciones*: el **Nivel 5**.

¿Qué debe hacer si considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto?

Si está hospitalizado por algún motivo, recibirá el alta del hospital cuando se considere que su estadía allí ya no es médicamente necesaria. En ese momento, por lo general, finaliza la cobertura de su hospitalización. Si considera que le están dando el alta demasiado pronto, tiene derecho a solicitar una revisión de su fecha de alta:

Paso 1: comuníquese con Community Health Plan of Washington (o pídale a alguien que haya autorizado por escrito que se comunique con nosotros) de inmediato al **1-800-942-0247 (TTY: 711)** para recibir un Aviso de alta y derechos de *apelación* de Medicare.

Este aviso le informará lo siguiente:

- El motivo por el que recibió el alta.
- La fecha en que se suspenderá la cobertura de su hospitalización.
- Qué puede hacer si considera que le están dando el alta demasiado pronto.
- A quién contactar para obtener ayuda, incluidos el nombre y el número de la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO), que puede revisar si su alta es adecuada desde el punto de vista médico.

Paso 2a: comuníquese con la QIO a más tardar al mediodía del primer día hábil después de recibir el aviso por escrito del alta del hospital. Este plazo es muy importante, ya que cumplirlo le permite permanecer en el hospital después de la fecha del alta sin tener que pagar mientras espera la decisión de la QIO.

Solicite a la QIO una *revisión rápida (acelerada)* o una *apelación rápida* del alta. La QIO revisará su información médica y determinará si es médicamente apropiado que reciba el alta en la fecha fijada para usted. La QIO también tomará esta decisión en el plazo de un día hábil completo después de haber recibido su solicitud y toda la información médica necesaria:

- Si la QIO está de acuerdo con usted, entonces continuaremos cubriendo su hospitalización por el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Si la QIO decide que su hospitalización no es médicamente apropiada, la cubriremos solo hasta el mediodía del día calendario después de que la QIO le informe su decisión.

Paso 2b: Si no cumple con el plazo de solicitud de la QIO, puede solicitarnos una “*apelación rápida*” del alta. Tenga en cuenta que, si nos solicita una *apelación rápida* del alta y permanece en el hospital después de la fecha del alta, es posible que tenga que pagar la atención hospitalaria que reciba después de esa fecha. Si tiene que pagar o no, depende de nuestra decisión:

- Si revisamos su información médica y decidimos que necesita permanecer en el hospital, continuaremos cubriendo su atención hospitalaria por el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de su *apelación* de la Parte C, le enviaremos su solicitud a una IRE. Esta organización revisará su solicitud y tomará una decisión sobre si debemos brindarle la atención o el pago que desea.

Paso 3: puede *apelar* todas las facturas por atención hospitalaria que reciba, tal como se describió anteriormente en el proceso de *apelaciones*.

Qué debe hacer si considera que la cobertura para los servicios en centros de atención de enfermería especializada, de atención médica a domicilio o de rehabilitación integral para pacientes externos finaliza demasiado pronto.

Si usted es paciente de un centro de enfermería especializada (SNF), una agencia de atención médica a domicilio (HHA) o un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre y cuando la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. El día en que finalicemos su cobertura de SNF, HHA o CORF se basa en el momento en que su hospitalización ya no es médicamente necesaria. En esta parte, se explica qué debe hacer si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto. Recibirá un aviso por escrito de parte nuestra o de su proveedor al menos 2 días calendario antes de que finalice su cobertura. Si cree que estamos finalizando su cobertura de atención demasiado pronto, en esta sección se explica qué debe hacer a continuación.

- Si recibe un aviso y faltan más de dos días calendario para que finalice su cobertura de los servicios en un SNF, un CORF o una HHA, debe presentar su solicitud antes del mediodía del día anterior a la finalización de su cobertura. Le notificaremos por escrito al menos 2 días calendario antes de cualquier finalización de la cobertura. Usted o la persona que usted autorice deben firmar y fechar este documento para indicar que recibieron el aviso, lo cual no indica que está de acuerdo con la finalización de la cobertura.
- Tiene derecho a *apelar* nuestra decisión de finalizar su cobertura. En el aviso que le enviemos nosotros o su proveedor, le explicaremos cómo solicitar una revisión independiente de la QIO. La QIO revisará su información médica, lo entrevistará y consultará con su proveedor. Luego de revisar toda la información, la QIO emitirá una opinión acerca de si es médicamente adecuado que su cobertura finalice en la fecha fijada para usted. La QIO tomará esta decisión en el plazo de un día completo después de recibir la información necesaria para tomar una decisión.
- Si la QIO está de acuerdo con usted, entonces continuaremos cubriendo su hospitalización en el SNF, o los servicios del CORF o la HHA, durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Si la QIO determina que nuestra decisión de finalizar su cobertura es médicamente adecuada, usted será responsable de pagar los cargos del centro de enfermería especializada, la agencia de atención médica a domicilio o el centro de rehabilitación integral para pacientes externos después de la fecha de finalización indicada en su aviso previo. Si se rechaza su solicitud de continuación de cobertura y usted recibe servicios después de la fecha de finalización, usted será responsable de esos cargos.

Si no cumple con el plazo de solicitud de la QIO, puede solicitar a la QIO una *apelación rápida (acelerada)* de la fecha de finalización de su cobertura para los servicios en un SNF, una HHA o un CORF. La QIO revisará su solicitud y tomará una decisión sobre si debemos brindarle la atención o el pago que solicitó. Si ellos revisan su información médica y decidimos que necesita continuar recibiendo estos servicios cubiertos, continuaremos cubriéndolos por el tiempo que sean médicamente necesarios.

- Tenga en cuenta que, si solicita una *apelación* rápida y continúa con su hospitalización en el SNF, o los servicios del CORF o la HHA, es posible que tenga que pagar los cargos que reciba luego de la fecha de finalización. Si debe pagar o no depende de la decisión de la QIO.

Si no solicita a la QIO antes del mediodía después de la fecha en que haya recibido el aviso por escrito de que finalizaremos la cobertura de sus servicios en un SNF, una HHA o un CORF y si permanece en el SNF, la HHA o el CORF después de esta fecha, corre el riesgo de tener que pagar por la atención del SNF, de la HHA o del CORF que reciba a partir de esta fecha. Sin embargo, puede *apelar* cualquier factura por atención en un SNF, una HHA o un CORF que reciba utilizando el **paso 1, Nivel 1** del proceso de *apelación* descrito en la Evidencia de cobertura.

Cómo presentar un reclamo

Los *reclamos* deben presentarse dentro de los **60 días calendario** posteriores al evento o incidente que los provocó. Los *reclamos* son quejas que puede tener sobre tipos de problemas que no se relacionan con la cobertura, como los siguientes:

- Problemas con la calidad de la atención médica que recibe.
- Problemas con nuestro Servicio al cliente.
- Problemas con el tiempo de espera al teléfono, en una sala de espera o de examen.
- Problemas para conseguir citas de manera oportuna o con el tiempo de espera para surtir sus recetas.
- Comportamiento irrespetuoso o descortés por parte de farmacéuticos, proveedores u otro personal médico.
- Limpieza o estado de farmacias, consultorios de proveedores, clínicas u hospitales.

Si tiene alguno de estos problemas u otros problemas que no se relacionan específicamente con la cobertura de sus beneficios, tiene derecho a presentar un *reclamo*.

¿Cómo presento un reclamo?

Trataremos de resolver todos los *reclamos* que pueda tener por teléfono. También puede presentar un *reclamo* por escrito. Los *reclamos* presentados por escrito y los *reclamos* sobre la calidad de la atención se responderán por escrito.

Existen dos tipos de solicitudes de *reclamo*, *estándar* y *acelerado (rápido)*, que puede presentar ante nosotros. Puede solicitar un *reclamo acelerado solo* si CHPW extiende el plazo para tomar una determinación o reconsideración de la organización o si nos negamos a conceder una solicitud para tomar una determinación o reconsideración *acelerada* de la organización.

Los *reclamos* pueden presentarse verbalmente llamando al:

Servicio al cliente de Community Health Plan of Washington

1-800-942-0247, (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

O bien, puede presentar un *reclamo* por escrito a la siguiente dirección:

Community Health Plan of Washington

Attn: CHPW MA Grievance Coordinator

1111 3rd Ave, Suite 400

Seattle, WA 98101

Los *reclamos* presentados por escrito y todos los *reclamos* sobre la calidad de la atención se responden por escrito. Las decisiones sobre las presentaciones de *reclamos acelerados* se toman en un plazo de 24 horas tras la recepción de la solicitud. Las decisiones sobre las solicitudes de *reclamos estándar* de medicamentos recetados de la Parte D se toman en un plazo de 30 días calendario. Las decisiones sobre las solicitudes de *reclamos acelerados* de medicamentos recetados de la Parte D se toman en un plazo de 24 horas.

También puede enviar un fax con su *reclamo* al **1-206-652-7010**.

Puede entregar su *reclamo* en persona en la siguiente dirección:

Community Health Plan of Washington

1111 3rd Ave, Suite 400

Seattle, WA 98101

Asegúrese de indicar de forma clara el tipo solicitud de *reclamo* que está presentando e incluir su nombre, dirección, número de identificación de inscrito, motivo de su *reclamo* y cualquier información o documentación que respalde su posición.

También puede enviar un *reclamo* sobre problemas de calidad directamente a la QIO.

También puede informarle a Medicare acerca de su queja: puede presentar una queja sobre Medicare Advantage Dual Plans de CHPW directamente ante Medicare.

Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en [Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://www.medicare.gov/my/medicare-complaint). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Esta línea de ayuda gratuita está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Quién puede presentar un reclamo?

Puede presentar un *reclamo* por su cuenta o designar a un representante para que presente el *reclamo* por usted. Sin embargo, su proveedor no puede presentar un *reclamo* en su nombre. Si elige designar a otra persona para que lo represente, todas las comunicaciones se enviarán a esa persona. Para designar a un representante, debe completar el formulario de Designación de representante, que no es necesario si presenta un reclamo por su cuenta. (El formulario también está disponible en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [medicare.chpw.org/member-center/member-resources/medicare-plan-documents/](https://www.medicare.chpw.org/member-center/member-resources/medicare-plan-documents/)). Este formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado. Alternativamente, puede presentar una declaración por escrito que contenga la misma información indicada en el formulario.

¿Cuánto tiempo se tarda en tomar una decisión sobre un reclamo?

Por lo general, las solicitudes de *reclamos estándar* se deciden en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su solicitud, pero se pueden extender hasta 44 días si se necesita más información. Los *reclamos* presentados verbalmente se responden verbalmente. Para los *reclamos* acelerados, la notificación se debe entregar a más tardar 24 horas después de su recepción. Cuando se requiera una notificación por escrito para *reclamos* acelerados, CHPW proporcionará una notificación verbal de su decisión y debe entregar una confirmación por escrito de su decisión dentro de los 3 días calendario posteriores a la notificación verbal.

¿Cómo funciona el proceso de toma de decisiones de reclamos?

Si presenta un *reclamo* ante nosotros, el coordinador de reclamos recopilará información de su parte y de las partes correspondientes.

Una vez que se complete la revisión, le informaremos de forma verbal nuestra decisión sobre los *reclamos* recibidos de esta manera, y por escrito sobre los *reclamos* recibidos de esta manera y todos aquellos relacionados con la calidad de la atención. Nuestra explicación incluirá un detalle de la decisión.

Confidencialidad

Todas las *apelaciones* y los *reclamos* se tratarán con absoluta confidencialidad de acuerdo con las pautas estatales, locales y federales sobre la divulgación de información. Todos los empleados de CHPW, así como los terceros administradores y asociados comerciales de CHPW, se rigen por los requisitos de confidencialidad de CHPW. Solo aquellas partes que tienen la autoridad correspondiente para revisar nuestros expedientes de *apelaciones* y *reclamos* pueden tener acceso a la documentación recopilada.

Determinación de cobertura farmacéutica y solicitud de una excepción a los medicamentos recetados

Una determinación de cobertura es el primer paso que toma para solicitar una decisión sobre un beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Cuando tomamos una determinación de cobertura, estamos tomando una decisión sobre si pagar un medicamento de la Parte D y cuál es su parte del costo. Tiene derecho a solicitarnos una excepción si considera que necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario) o considera que debe obtener un medicamento a un menor costo. Si solicita una excepción, su médico debe proporcionar una declaración para respaldar su solicitud.

Para solicitar una determinación de cobertura o una excepción a los **medicamentos recetados** de la Parte D, comuníquese con Express Scripts:

Express Scripts

Attn: Medicare Reviews

P.O. Box 66571

St. Louis, MO 63166-6571

Llame al 1-844-605-8168, opción 0. El horario de atención es las 24 horas, los 7 días de la semana.

TTY 1-800-899-2114

Fax 1-877-251-5896

Sitio web express-scripts.com

Paso 1: puede solicitarnos que hagamos una excepción a nuestras normas de cobertura llamando a Express Scripts al 1-844-605-8168 (TTY: 1-800-899-2114), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Existen varios tipos de excepciones de cobertura que puede solicitarnos:

- Puede pedirnos que cubramos su medicamento incluso si no se encuentra en nuestro formulario.
- Puede pedirnos que no apliquemos los límites o restricciones de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitar que no apliquemos el límite y que cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que proporcionemos una mayor cobertura para su medicamento. Por ejemplo, si se considera que su medicamento es un medicamento de marca no preferido, puede solicitar que se cubra como tal en su lugar. Esto reduciría el monto del costo compartido que debe pagar por su medicamento.

En general, solo aprobaremos su solicitud de excepción de cobertura si los medicamentos alternativos o los medicamentos de niveles más bajos incluidos en el formulario del plan no son tan efectivos para el tratamiento de su afección o si pueden causarle efectos médicos adversos.

Si se aprueba una excepción de cobertura, es válida durante el resto del año calendario del plan, siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.

Paso 2: si no aprobamos una solicitud de excepción de cobertura, puede *apelar* la decisión tal como se describió en el proceso de *apelaciones*. Tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos nuestra decisión con respecto a la excepción a la cobertura que solicitó. También puede encontrar el proceso de *apelación* en su Evidencia de cobertura (EOC).

Problemas con sus beneficios de Medicaid

Si tiene un problema o una queja con respecto a sus beneficios de Apple Health (Medicaid) del estado de Washington, puede comunicarse con la Autoridad de Atención Médica (HCA) del estado de Washington.

Para comunicarse con la Autoridad de Atención Médica (el programa Medicaid de Washington):

Health Care Authority HCA

Llame al 1-800-562-3022 de lunes a viernes, de 7 a.m. a 4:30 p.m.

TTY 711. Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.

Correo postal P.O. Box 45531

Olympia, WA 98504-5505

Sitio web hca.wa.gov

La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington ayuda a las personas inscritas en Apple Health (Medicaid) del estado de Washington con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarle a presentar un *reclamo* o una *apelación* con nuestro plan.

Información de la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington:

Office of the Insurance Commissioner

Llame al 1-800-562-6900, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

TTY 360-586-0241. Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.

Fax 360-664-2782

Correo postal P.O. Box 40255

Olympia, WA 98504-0257

Sitio web insurance.wa.gov

¿Cómo puede prevenir el fraude en la atención médica?

La Asociación Nacional Antifraude en la Atención Médica (HCAFA) estima que las pérdidas financieras por fraude en la atención médica son de aproximadamente \$100 millones por día. CHPW se compromete a hacer todo lo posible para prevenir, detectar y corregir el fraude en la atención médica.

¿Qué es el fraude, el malgasto o el abuso (FWA) en la atención médica?

- El **fraude** ocurre cuando alguien, a sabiendas y deliberadamente, presenta una reclamación falsa que da como resultado un pago inapropiado.
- El **malgasto** es el uso excesivo de servicios u otras prácticas que, directa o indirectamente, generan costos médicos innecesarios.
- El **abuso** es una acción que puede generar costos médicos innecesarios. Cuando una persona o entidad, sin saberlo o deliberadamente, tergiversa los hechos para obtener un pago, esto es abuso.

Cómo protegerse del FWA

- Entregue su tarjeta de identificación o número de identificación de Community Health Plan of Washington solo a un proveedor de atención médica, clínica u hospital.
- Proporcione su identificación solo cuando reciba atención.
- Nunca permita que nadie tome prestada su tarjeta de identificación de Community Health Plan of Washington.
- Nunca firme un formulario de seguro en blanco.
- Esté siempre listo para mostrar una identificación con foto cuando se registre para una cita médica.
- Tenga cuidado al dar su número del Seguro Social.

Cómo denunciar un fraude ante CHPW

CHPW ofrece muchos mecanismos para reportar sospechas de FWA, como los siguientes:

Puede visitar nuestro sitio web medicare.chpw.org y completar el **Formulario de denuncia de posible fraude**.

- Envíe un informe por correo electrónico a compliance.incident@chpw.org.
- Envíe un informe por fax al 206-652-7017, al oficial de cumplimiento
- Envíe un informe por correo postal a la siguiente dirección:

Compliance Officer

Community Health Plan of Washington

1111 3rd Ave, Suite 400

Seattle WA, 98101

Denuncia anónima a CHPW

CHPW se ha asociado con **NAVEX**, un proveedor externo independiente, para ofrecer un sistema confidencial de denuncias anónimas de presuntos incumplimientos por parte de miembros, proveedores y empleados, incluidos los casos de FWA y los incidentes relacionados con la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, normas de privacidad), sin temor a represalias. Para hacer una denuncia anónima, llame al **1-800-826-6762 (disponible las 24 horas)** o haga una denuncia en línea visitando chpw.ethicspoint.com. Cuando realiza una denuncia, Navex la envía al vicepresidente (VP) de Cumplimiento y al director jurídico y de Recursos Humanos para su investigación.

Denunciar el fraude ante Medicare o la oficina del inspector general del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS)

Comuníquese con Medicare por teléfono o por correo utilizando la siguiente información:

- **Teléfono** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) / TTY: 877-486-2048
- **Correo postal** Medicare Beneficiary Contact Center
PO Box 39
Lawrence, KS 66044

Comuníquese con la **oficina del inspector general del HHS** por teléfono, correo o en línea utilizando la siguiente información:

- **Teléfono** 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477) / TTY: 1-800-377-4950
- **Correo postal** HHS Tips
PO Box 23489
Washington, DC 20026-3489
- **En línea** oig.hhs.gov/fraud/report-fraud/index.asp

Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer. Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos.

Llame a los Asesores Estatales de Beneficios de Seguro de Salud (SHIBA) al 1-800-562-6900, TTY: 1-360-586-0241, de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.

Obtenga ayuda con sus derechos y protecciones

Si siente que sus derechos han sido violados, puede comunicarse con las oficinas y los programas que se mencionan a continuación para obtener ayuda:

- El Defensor del Beneficiario de Medicare
- Su SHIP
- La Organización de Mejoramiento de la Calidad del Centro de Cuidado Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO)
- Su agencia estatal de inspección

Definiciones relacionadas con las apelaciones:

Apelación: todos los procedimientos que se encargan de la revisión de las determinaciones adversas de la organización sobre los servicios de atención médica que un inscrito considera que tiene derecho a recibir, lo que incluye la demora en la prestación, la coordinación o la aprobación de los servicios de atención médica (de tal manera que una demora afectaría negativamente la salud del inscrito) o sobre los montos que debe pagar el inscrito por un servicio según se define en la Sección 422.566(b) del Título 42 del Código de Regulaciones Federales. Estos procedimientos incluyen la reconsideración por parte de la organización Medicare Advantage (MA) y, si es necesario, una IRE, audiencias ante los ALJ, revisión por parte de la Junta Departamental de Apelaciones (DAB) y revisión judicial.

Cesionario: un médico no contratado u otro proveedor no contratado que ha brindado un servicio al inscrito y acuerda formalmente renunciar a cualquier derecho de pago del inscrito por ese servicio.

Determinación adversa de la organización: una decisión que toma CHPW para denegar, modificar, reducir o finalizar el pago, la cobertura, la autorización o la prestación de servicios de atención médica o beneficios, incluida la admisión o la continuidad de la hospitalización en un centro de atención médica.

Determinación de la organización: toda decisión que toma una organización MA o en su nombre con respecto al pago o los servicios a los que un inscrito considera que tiene derecho.

Ejecución: cumplimiento de una revocación de la determinación adversa original de la organización de CHPW. Es posible que el cumplimiento implique el pago de una reclamación, la autorización de un servicio o la prestación de servicios.

Entidad de revisión independiente (IRE): es una entidad independiente contratada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para que revise las determinaciones de denegación de cobertura de las organizaciones MA. Actualmente, esta organización es MAXIMUS Federal Services, Inc.

Reconsideración: el primer paso de un inscrito en el proceso de *apelaciones*; una organización MA o IRE puede volver a evaluar una determinación adversa de la organización, los hallazgos en los que se basó y alguna otra evidencia presentada u obtenida.

Representante autorizado: toda persona autorizada por un inscrito o un sustituto que actúe de acuerdo con la ley estatal en nombre del inscrito, con el fin de obtener una determinación de la organización o tratar con algún nivel del proceso de *apelaciones*. Los representantes están sujetos a las normas descritas en la Parte 404, Subparte R, del Título 20 del Código de Regulaciones Federales, a menos que se indique lo contrario en este capítulo del manual.

Definiciones relacionadas con los reclamos:

Determinación adversa de la organización: son aquellas determinaciones sobre los servicios de atención médica que un inscrito considera que tiene derecho a recibir, lo que incluye la demora en la prestación, la coordinación o la aprobación de los servicios de atención médica (de tal manera que una demora afectaría negativamente la salud del inscrito) o sobre los montos que debe pagar el inscrito por un servicio. Estos procedimientos incluyen un proceso de reconsideración por parte de la organización MA y, si es necesario, una IRE, audiencias ante los ALJ, revisión por parte de la DAB y revisión judicial. Estas se apelarán mediante el proceso de reconsideración, no el proceso de *reclamos*.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare con el fin de mejorar la calidad de la atención que brindan. También se comprometen con los pacientes y las familias para promover la comprensión de la atención médica de calidad y ayudarlos a elegir a los mejores proveedores.

Problema de calidad de la atención: este tipo de problema se puede presentar a través del proceso de *reclamos* de la organización MA o de una QIO. Una QIO debe determinar si la calidad de los servicios (incluidos los servicios para pacientes internados y externos) que proporciona una organización MA cumple con los estándares profesionalmente reconocidos de la atención médica, incluso si no se han proporcionado los servicios de atención médica adecuados o si se han proporcionado en entornos inadecuados. Los *reclamos* con respecto a posibles problemas de calidad de la atención se procesarán de acuerdo con la política y el procedimiento de quejas sobre la calidad de la atención de CHPW.

Queja: toda expresión de disconformidad, ya sea de forma oral o escrita, por parte de un inscrito a una organización MA, un proveedor, un centro o una QIO. Entre los motivos de queja se incluyen las preocupaciones relacionadas con el funcionamiento de los proveedores, las aseguradoras o las organizaciones MA, como los tiempos de espera, la actitud del personal de atención médica, la adecuación de los centros y el debido respeto a los inscritos, las reclamaciones sobre el derecho del inscrito a recibir servicios o pagos por los servicios prestados anteriormente. También incluye el rechazo de la organización MA a proporcionar servicios a los que el inscrito considera que tiene derecho. Una queja puede ser un *reclamo* o una *apelación*, o una sola queja puede incluir ambos. Todas las quejas deben manejarse de acuerdo con el proceso correspondiente de *reclamo* o *apelación*.

Reclamo: toda queja o disputa, que no implique una determinación adversa de la organización (consulte la definición anterior), que exprese disconformidad con la manera en que CHPW o una entidad delegada proporcionan servicios de atención médica, independientemente de si se puede tomar alguna medida correctiva. Un inscrito puede presentar la queja o disputa, ya sea de forma oral o escrita, ante CHPW, un proveedor o un centro. Un *reclamo* también puede incluir una queja que señale que CHPW se negó a acelerar una determinación o reconsideración de la organización, o que solicitó una extensión de los plazos de estas.

Además, los *reclamos* pueden incluir quejas con respecto al cumplimiento de los plazos, la conveniencia, el acceso o la programación de un servicio, procedimiento o artículo de salud proporcionado. Los problemas relacionados con los *reclamos* también pueden incluir quejas sobre un procedimiento o artículo de servicio de salud cubierto durante el transcurso de un tratamiento que no cumplió con los estándares aceptados para la prestación de atención médica. Otros asuntos incluyen, entre otros, aspectos de relaciones interpersonales, como la descortesía de un proveedor o empleado, el incumplimiento de las normas de privacidad o la falta de respeto por los derechos del inscrito.

Los *reclamos* con respecto a posibles problemas de calidad de la atención se procesarán de acuerdo con la política y el procedimiento de quejas sobre la calidad de la atención de CHPW.

Reclamo acelerado: si un inscrito presenta un *reclamo* porque una determinación inicial sobre el servicio acelerado o una solicitud de *apelación acelerada* se incluyó en el proceso estándar en lugar de acelerarse, este *reclamo* debe tratarse como *reclamo acelerado* y procesarse en un plazo de 24 horas. Si se trata de una solicitud acelerada de medicamentos recetados de la Parte D que fue denegada, el *reclamo acelerado* debe procesarse en un plazo de 24 horas.

Community Health Plan of Washington es un plan de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO), que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid del estado de Washington. La inscripción en Community Health Plan of Washington depende de la renovación del contrato. Community Health Plan of Washington cumple con las leyes federales, estatales y locales vigentes en materia de derechos civiles. Community Health Plan of Washington no discrimina, excluye ni trata de forma diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, sexo, orientación sexual, género (incluida la identidad o expresión de género), condición de veterano o militar, ni por la presencia de una discapacidad sensorial, mental o física, ni por la necesidad de contar con un animal de servicio. Si necesita una adaptación o requiere documentos en otro formato o idioma, llame al 1-800-942-0247 (TTY: 711) los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-942-0247 (TTY: 711). ВНИМАНИЕ: Если вы владеете русским языком и нуждаетесь в жилье, или вам нужны документы в другом формате или на другом языке, пожалуйста, позвоните по телефону 1-800-942-0247 (TTY:711)