

Inserto del Manual que incluye cambios a las autorizaciones del servicio, acciones, apelaciones y quejas

Usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid. La información en este capítulo cubre sus derechos para todos sus beneficios de Medicare y la mayoría de sus beneficios de Medicaid. En la mayoría de los casos, usted no utilizará un trámite para sus beneficios de Medicare y otro distinto para sus beneficios de Medicaid. Generalmente, utilizará un solo trámite para ambos. A esto se le llama a veces “trámite integrado” porque integra los trámites de Medicare y Medicaid.

Sin embargo, es posible que usted tenga el derecho a un trámite adicional de Apelaciones Externas para algunos de sus beneficios de Medicaid. Consulte la página 18 para mayor información sobre el trámite de Apelaciones Externas.

Sección 1: Solicitud para la autorización de un servicio (también conocida como solicitud para una decisión de cobertura)

La información en esta sección es pertinente para todos sus beneficios de Medicare y la mayoría de sus beneficios de Medicaid. Esta información no es pertinente para sus beneficios de los medicamentos de receta de la Parte D de Medicare.

Cuando solicita aprobación para un tratamiento o servicio, se le llama **solicitud para la autorización de un servicio (también conocida como solicitud para una decisión de cobertura)**. Para obtener una autorización de un servicio, debe primero obtener la aprobación para estos tratamientos o servicios. Usted, su doctor o representante designado pueden llamar para Servicios a Miembros al 1-800-469-6292 (TTY: 711) de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. También puede enviar su solicitud escrita por correo a:

VillageCareMAX
112 Charles Street,
New York, NY 10014

Autorizaremos cierta cantidad de servicios para un plazo específico, a lo que llamamos un **período de autorización**.

Autorización previa

Algunos servicios cubiertos requieren **autorización previa** (aprobación por adelantado) de VillageCareMAX Medicare Total Advantage antes de que los reciba. Usted o alguien de confianza pueden solicitar la autorización previa. Los siguientes tratamientos y servicios deben aprobarse **antes** de que los pueda recibir:

Servicio	Reglas de la cobertura
<p>Cuidados de la salud diurnos para adultos</p> <p>Proporciona cuidados y servicios en un centro residencial del cuidado de la salud o sitio de extensión aprobado. Cuidados de la salud diurnos para adultos abarcan los siguientes servicios: médicos, de enfermería, de comida y nutrición, sociales, terapia de rehabilitación y servicios dentales, farmacéuticos y otros servicios complementarios, así como actividades de ocio que son un programa variado de distintas actividades diversas y significativas. Los centros de cuidados de la salud diurnos para adultos están bajo la dirección médica de un doctor y establecidos para aquellas personas con impedimentos funcionales pero no confinados a sus hogares. Para reunir los requisitos, usted debe requerir ciertos artículos o servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación o paliativos.</p>	<p>Debe recibir los cuidados de la salud diurnos para adultos de la red de proveedores de VillageCareMAX. Su doctor necesitará proporcionarle al proveedor de los cuidados de la salud diurnos para adultos las órdenes escritas y firmadas. VillageCareMAX le ayudará a su proveedor a obtener las órdenes del doctor si se necesitan.</p> <p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX</p>
<p>Audiología y audífonos no cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios de audiolgía incluyen examen audiométrico o pruebas audiométricas, evaluación del audífono, evaluación de conformidad y receta o recomendación para audífonos si se indican. Los servicios para audífonos abarcan selección, adaptación y despacho de audífonos, revisiones de audífonos después del despacho y sus reparaciones. Los productos incluyen audífonos, moldes para orejas, baterías, adaptaciones especiales y piezas de repuesto.</p>	<p>Usted debe recibir sus servicios de audiolgía y audífonos de la red de proveedores de VillageCareMAX.</p> <p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX.</p>
<p>Asistencia personal dirigida por el consumidor</p> <p>Se trata de un programa auto dirigido en el cual un miembro o una persona actuando en su nombre conocido como el representante designado, dirige y administra los servicios de cuidado personal del miembro, los servicios del asistente de salud en el hogar o las tareas de enfermería especializada. Los servicios abarcan asistencia parcial o total con higiene personal, vestimenta y alimentación, ayuda en la preparación de comidas y limpieza doméstica. Esto es proporcionado por un asistente escogido y dirigido por el miembro o representante designado.</p>	<p>Usted debe coordinar sus servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor con un Intermediario Fiscal que colabore con VillageCareMAX.</p> <p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX.</p>
<p>Dental</p> <p>Atención preventiva, profiláctica y dental de otro tipo, servicios y suministros, exámenes de rutina, profilaxis, cirugía oral así como prótesis y dispositivos ortóticos</p>	<p>Usted debe recibir los servicios dentales de la red de proveedores dentales de</p>

Servicio	Reglas de la cobertura
<p>requeridos para aliviar un padecimiento grave de salud como uno que afecta las posibilidades de empleo.</p>	<p>VillageCareMAX proporcionada por Healthplex.</p> <p>Puede requerirse autorización previa de VillageCareMAX.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) no cubierto por Medicare</p> <p>Equipo médico duradero, que excluye dispositivos y aparatos prostéticos u ortóticos, está compuesto de dispositivos y equipos ordenados por un médico para tratar un problema médico específico. El equipo médico duradero cubierto por Medicaid incluye artículos como banquillos para la bañera, barras para agarrarse, suministros médicos y quirúrgicos y fórmulas entéricas no cubiertos de otra manera por Medicare.</p>	<p>Usted debe recibir los artículos de la red de proveedores de VillageCareMAX. Su doctor necesitará proporcionar órdenes escritas y firmadas al proveedor. VillageCareMAX le ayudará a su proveedor a obtener las órdenes del doctor si se necesitan.</p> <p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX para ciertos artículos.</p>
<p>Comidas entregadas a domicilio y/o comidas en un entorno grupal</p> <p>Los servicios incluyen comidas entregadas a domicilio o en un entorno grupal para las personas incapaces de preparar sus comidas o de obtener ayuda para prepararlas.</p>	<p>Usted debe recibir comidas entregadas a domicilio o en congregación de la red de proveedores de VillageCareMAX.</p> <p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX.</p>
<p>Servicios del cuidado de la salud en casa no cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios del cuidado de la salud en casa cubiertos por Medicaid abarcan la prestación de servicios especializados no cubiertos por Medicare. Medicare Total Advantage de VillageCareMAX coordina la prestación de los servicios del cuidado de la salud en casa que incluyen cuidados de enfermeras, trabajadoras sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y terapeutas del habla. Estos servicios se proporcionan para ayudar a prevenir, rehabilitar, guiar y/o apoyar su salud.</p>	<p>Usted debe recibir los servicios del cuidado de la salud en casa de la red de proveedores de VillageCareMAX. Los servicios se basan en un plan de cuidados que su médico aprueba, y todos los servicios son proporcionados en su hogar.</p> <p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX.</p>
<p>Cuidados de salud mental para el paciente internado más allá del límite vitalicio de 190 días de Medicare</p> <p>Los servicios incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Medicaid cubre el deducible y costo de los días que sobrepasan el límite vitalicio de 190 días de Medicare. No hay límite para el número de días que cubre</p>	<p>Usted debe obtener los servicios de salud mental para el paciente internado de la red de proveedores de VillageCareMAX.</p>

Servicio	Reglas de la cobertura
<p>el plan por cada hospitalización. Usted está cubierto hasta por 365 días al año (366 en año bisiesto) sin deducible ni copago.</p>	<p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX.</p>
<p>Servicios sociales médicos</p> <p>Estos servicios incluyen la evaluación de la necesidad para proporcionar y organizar ayuda para problemas sociales relacionados con el mantenimiento de sus necesidades hogareñas cuando tales servicios son prestados por una trabajadora social calificada. Los servicios sociales médicos le ayudarán con sus inquietudes relacionadas con su enfermedad, sus finanzas, su vivienda o entorno.</p>	<p>Debe recibir los servicios sociales médicos de la red de proveedores de VillageCareMAX.</p> <p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX.</p>
<p>Suministros médico-quirúrgicos, alimentación entérica y suministros, nutrición entérica y suministros</p> <p>Los suministros médico-quirúrgicos son artículos para uso médico que no son medicamentos, ni aparatos o dispositivos protéticos u ortóticos, ni equipo médico duradero, ni calzado ortopédico, que tratan un problema de salud específico y que generalmente son consumibles, no reutilizables, desechables y administrados para un propósito específico.</p>	<p>Estos artículos podría cubrirlos Medicare. Su doctor necesitará proporcionarle al proveedor órdenes escritas y firmadas. VillageCareMAX le ayudará a su proveedor a obtener las órdenes del doctor si se necesitan.</p> <p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX.</p>
<p>Transporte no urgente</p> <p>Transporte no urgente es transporte por ambulancia, camioneta para discapacitados, taxi o vehículo de alquiler o transporte público al nivel adecuado para el estado del miembro para que el miembro reciba la atención médica necesaria y los servicios reembolsados bajo los programas de Medicaid o Medicare.</p>	<p>Usted debe obtener transporte no urgente de la red de proveedores de VillageCareMAX y llamar a VillageCareMAX dos días antes para programar el transporte.</p> <p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX.</p>
<p>Cuidados en el asilo no cubiertos por Medicare</p> <p>Cuidados cubiertos por Medicaid proporcionados en un centro de enfermería especializada.</p>	<p>Su doctor necesitará proporcionarle al asilo órdenes escritas y firmadas. VillageCareMAX le ayudará a su proveedor a obtener las órdenes del doctor si se necesitan.</p> <p>La internación permanente podría ser cubierta solo si reúne los requisitos para Medicaid</p>

Servicio	Reglas de la cobertura
	<p>institucional. Debe utilizar a un proveedor de la red.</p> <p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX.</p>
<p>Servicios nutricionales y de asesoría</p> <p>Los servicios incluyen la evaluación de necesidades nutricionales que usted requiere para sus necesidades médicas y las condiciones de su entorno. Los servicios abarcan la impartición de cursos de nutrición y asesoría para satisfacer sus necesidades terapéuticas y la elaboración de un plan de tratamiento nutricional.</p>	<p>Usted debe recibir los servicios nutricionales y de asesoría de la red de proveedores de VillageCareMAX.</p> <p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX.</p>
<p>Optometría y anteojos</p> <p>La optometría incluye los servicios de un optometrista y un surtidor oftálmico y abarca anteojos, lentes de contacto médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales (en existencias o hechos a la medida) y ayudas para visión deficiente.</p>	<p>Usted debe recibir los servicios de optometría y los anteojos de la red de proveedores de VillageCareMAX.</p> <p>Puede requerirse autorización previa de VillageCareMAX.</p>
<p>Servicios ambulatorios de salud mental y abuso de sustancias</p> <p>Servicios para tratar salud mental y padecimientos por abuso de sustancias en un centro para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Usted debe recibir los servicios ambulatorios de salud mental y abuso de sustancias de la red de proveedores de VillageCareMAX.</p> <p>Puede auto remitirse para una evaluación para cada beneficio de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses.</p> <p>Se requiere autorización previa solo para solicitar servicios fuera de la red, terapia electroconvulsiva (ECT), y pruebas neuropsicológicas.</p>
<p>Cuidados personales</p> <p>Los cuidados personales son asistencia total o parcial para las actividades como higiene personal, vestimenta y alimentación, así como para las tareas funcionales de apoyo en el entorno.</p>	<p>Usted debe recibir los cuidados personales de la red de proveedores de VillageCareMAX. Su doctor necesitará proporcionar órdenes escritas y firmadas a la agencia que proporciona los cuidados. VillageCareMAX le ayudará a su proveedor a obtener las</p>

Servicio	Reglas de la cobertura
	<p>órdenes del doctor si se necesitan.</p> <p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX.</p>
<p>Sistemas de reacción a emergencias personales (PERS)</p> <p>PERS es un dispositivo electrónico que permite a ciertos pacientes de alto riesgo obtener ayuda si sucede una emergencia física, emocional o medioambiental. Si sucede una emergencia, la señal es recibida y el centro de respuesta reacciona a ella debidamente.</p>	<p>Usted debe recibir PERS de la red de proveedores de VillageCareMAX.</p> <p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX.</p>
<p>Fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla en un sitio fuera del hogar</p> <p>La fisioterapia comprende servicios de rehabilitación prestados por un fisioterapeuta autorizado y registrado con el fin de reducir al máximo la discapacidad física o mental y restaurarle al miembro su mejor nivel funcional.</p> <p>La terapia ocupacional comprende servicios de rehabilitación prestados por un terapeuta ocupacional autorizado y registrado con el fin de reducir al máximo la discapacidad física o mental y restaurarle al miembro su mejor nivel funcional.</p> <p>La patología del lenguaje y habla comprende servicios de rehabilitación con el fin de reducir al máximo la discapacidad física o mental y restaurarle al miembro su mejor nivel funcional.</p>	<p>Su doctor necesitará proporcionarle al terapeuta de rehabilitación órdenes escritas y firmadas. VillageCareMAX le ayudará a su proveedor a obtener las órdenes del doctor si se necesita.</p> <p>Puede recibir servicios dentro o fuera de la red de proveedores de VillageCareMAX.</p> <p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX.</p>
<p>Servicios podiátricos no cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios podiátricos son prestados por un podiatra y deben incluir cuidados rutinarios de los pies cuando el estado del miembro implica un riesgo debido a la presencia de una enfermedad localizada, una lesión o síntomas en el pie o cuando son prestados como parte necesaria e integral de la atención médica como el diagnóstico y tratamiento de diabetes, úlceras e infecciones. El cuidado rutinario de los pies, el tratamiento de callos y callosidades, el recorte de uñas y otros cuidados higiénicos como limpiarse y remojar los pies no están cubiertos si no hay un problema patológico.</p>	<p>Puede recibir servicios podiátricos dentro o fuera de la red de proveedores de VillageCareMAX.</p>

Servicio	Reglas de la cobertura
<p>Atención privada de enfermería</p> <p>La atención privada de enfermería abarca servicios médicamente necesarios prestados en el lugar residencial permanente o temporal del afiliado por un profesional debidamente autorizado y registrado o por enfermeras prácticas autorizadas (RNs o LPNs) de acuerdo con las órdenes del médico. Tales servicios pueden ser continuos e ir más allá del alcance de la atención ofrecida por las agencias certificadas del cuidado de la salud en el hogar (CHHAs).</p>	<p>Usted debe recibir los servicios de atención privada de enfermería de la red de proveedores de VillageCareMAX y requieren una orden del médico.</p> <p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX.</p>
<p>Dispositivos prostéticos, ortóticos y calzado ortopédico</p> <p>Los aparatos y dispositivos prostéticos son aparatos y dispositivos que reemplazan cualquier parte del cuerpo.</p> <p>Los aparatos y dispositivos ortóticos son aparatos y dispositivos utilizados para soportar un miembro débil o deforme del cuerpo o para restringir o eliminar el movimiento en una parte enferma o lesionada del cuerpo.</p> <p>El calzado ortopédico incluye zapatos, modificaciones o adiciones a los zapatos utilizadas para corregir, adaptar o prevenir una deformidad física o disfunción de la amplitud del movimiento en una parte enferma o lesionada del tobillo o pie. El calzado ortopédico también se utiliza para apoyar una estructura débil o deforme del tobillo o pie o para formar una parte integral de una férula.</p>	<p>Usted debe recibir los artículos de la red de proveedores de VillageCareMAX. Su doctor necesitará proporcionarle al proveedor órdenes escritas y firmadas. VillageCareMAX le ayudará a su proveedor a obtener las órdenes del doctor si se necesitan.</p> <p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX.</p>
<p>Terapia respiratoria</p> <p>La realización de las técnicas y los procedimientos preventivos, de mantenimiento y rehabilitación relacionados con las vías respiratorias incluyen la aplicación de gases médicos, humedad, aerosol, presión positiva intermitente, ventilación artificial continua, la administración de medicamentos mediante inhalación y el manejo relacionado con las vías respiratorias, instrucción de pacientes y ofrecimiento de consultas a otro personal sanitario.</p>	<p>Usted debe recibir terapia respiratoria de la red de proveedores de VillageCareMAX. Su doctor necesitará proporcionar órdenes escritas y firmadas al terapeuta que lo atiende. VillageCareMAX le ayudará a su proveedor a obtener las órdenes del doctor si se necesitan.</p> <p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX.</p>
<p>Apoyos sociales y medioambientales</p> <p>Los apoyos sociales y medioambientales son servicios y artículos que mantienen las necesidades médicas del</p>	<p>Usted debe recibir los apoyos sociales y medioambientales de la red de proveedores de VillageCareMAX.</p>

Servicio	Reglas de la cobertura
miembro e incluyen los siguientes: tareas de mantenimiento del hogar, servicios de ama de casa y tareas domésticas, mejoras a la vivienda y cuidado de respiro.	Se requiere autorización previa de VillageCareMAX.
<p>Cuidados sociales diurnos</p> <p>Los cuidados sociales diurnos consisten en un programa estructurado que les brinda a las personas con impedimentos funcionales socialización, supervisión, vigilancia y nutrición en un lugar protector durante cualquier parte del día. Los servicios adicionales pueden incluir cuidados personales, mantenimiento y mejoras de las aptitudes de la vida cotidiana, transporte, ayuda de cuidador así como coordinación y asistencia del caso.</p>	<p>Usted debe recibir los cuidados sociales diurnos de la red de proveedores de VillageCareMAX.</p> <p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX.</p>
<p>Telesalud</p> <p>Telesalud es la utilización de tecnologías para proporcionar o apoyar remotamente la atención de salud clínica para servicios cubiertos para disminuir la necesidad para acudir al consultorio. Los servicios incluyen video en vivo entre el miembro y proveedor; transmisión del historial clínico registrado mediante comunicaciones electrónicas seguras y uso de dispositivos móviles para prestar los servicios de apoyo.</p>	<p>Telesalud puede recibirse solo para apoyar servicios cubiertos.</p> <p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX.</p>
<p>Servicios en hogar de veteranos</p> <p>Si es veterano o cónyuge de un veterano, o bien un padre Gold Star que necesita servicios de asilo a largo plazo, puede acceder a los servicios del hogar de veteranos.</p>	<p>Si VillageCareMAX no tiene un hogar de veteranos accesible dentro de la red, el plan autorizará servicios fuera de la red hasta que el miembro sea transferido a otro plan que sí tenga un hogar de veteranos dentro de la red.</p> <p>Se requiere autorización previa de VillageCareMAX.</p>

Revisión concurrente

También puede pedirle a VillageCareMAX Medicare Total Advantage que obtenga más de servicio del que está recibiendo ahora. A esto se la llama **revisión concurrente**.

Revisión retrospectiva

A veces, examinaremos la atención que está recibiendo para averiguar si todavía la necesita. También podríamos examinar otros tratamientos y servicios que ya recibió. A esto se le llama **revisión retrospectiva**. Le informaremos si realizamos estas revisiones.

¿Qué sucede después de que recibimos su solicitud para la autorización del servicio?

El plan de salud tiene un equipo revisor para asegurarse de que usted reciba los servicios que prometemos. Los doctores y las enfermeras integran el equipo revisor. Su trabajo es cerciorarse de que el tratamiento o servicio que usted pidió sea el indicado y médicamente necesario para usted. Hacen esto verificando si su plan de tratamiento va de acuerdo con las normas médicas aceptables.

Podríamos decidir rechazar una solicitud para la autorización de un servicio o aprobarla para una cantidad menor a la que usted solicitó. Un profesional calificado del cuidado de la salud tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio que usted solicitó no es médicamente necesario, un colega clínico revisor – que podría ser un doctor, una enfermera o un profesional del cuidado de la salud que generalmente proporcionan el cuidado que usted solicitó – tomará la decisión. Usted puede solicitar las normas médicas específicas, llamadas **criterios de revisión clínica**, que se utilizan para tomar la decisión acerca de la necesidad médica.

Tras recibir su solicitud, la revisaremos bajo un trámite **estándar** o **acelerado**. Usted o su doctor pueden solicitar una revisión acelerada si creen que una demora dañaría gravemente su salud. Si rechazamos su solicitud para una revisión acelerada, le informaremos y atenderemos su solicitud bajo el trámite de revisión estándar. En cualquier caso, revisaremos su solicitud tan pronto como su padecimiento nos lo requiera, a más tardar de lo mencionado a continuación. Hay más información sobre el trámite acelerado más adelante.

Usted y su proveedor serán informados telefónicamente y por escrito si aprobamos o rechazamos su solicitud. También le informaremos la razón por la decisión. Le explicaremos qué opciones tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Trámite estándar

Generalmente, utilizamos el plazo **estándar** para darle nuestra decisión sobre su solicitud para un artículo o servicio médico a menos que hayamos accedido a usar las fechas límite aceleradas.

- Una revisión estándar para una solicitud de autorización previa significa que le responderemos dentro de 3 días hábiles tras recibir toda la información que necesitamos, a más tardar **14 días calendario** después recibir su solicitud. Si su caso es una **revisión concurrente** en la que usted solicita un cambio a un servicio que ya está recibiendo, tomaremos una decisión dentro de 1 día hábil tras recibir toda la información que necesitamos y le responderemos a más tardar 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Nos podemos tomar hasta 14 días calendario más** si nos solicita más tiempo o si necesitamos información que podría beneficiarle (como expedientes médicos de proveedores de fuera de la red). Si decidimos tomarnos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito qué información se necesita y la razón por la cual la demora es en su mejor interés. Al recibir la información necesaria, tomaremos una decisión tan pronto como podamos, a más tardar 14 días a partir del día en que pedimos más información.
- Si cree que **no** deberíamos tomarnos más días, puede presentar una **“queja rápida”**. Cuando presenta una queja rápida, le responderemos a su queja dentro de 24 horas. (El

trámite para quejarse es distinto al trámite para autorizaciones de servicios y apelaciones. Para más información acerca del trámite de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene una queja acerca de nuestro plan.)

Si no le respondemos dentro de 14 días calendario (o al término de los días adicionales si los tomamos), usted puede presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o todo lo que pidió**, autorizaremos el servicio o le daremos el artículo que solicitó.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o todo lo que pidió**, le enviaremos un aviso escrito explicando la razón por la cual dijimos que no. La Sección 2, Apelaciones del Nivel 1 (también conocidas como Nivel 1), más adelante en este capítulo, le informa cómo presentar una apelación.

Trámite acelerado

Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una **“autorización de servicio rápido”**.

- Una revisión rápida de una solicitud para una autorización previa significa que le responderemos dentro de 1 día hábil tras tener toda la información que necesitamos, a más tardar **72 horas** de cuando usted nos solicitó la revisión.
- Nos podemos tomar **hasta 14 días calendario más** si averiguamos que falta alguna información que podría beneficiarle (como expedientes médicos de proveedores de fuera de la red) o si usted necesita el tiempo para mandarnos información para que la revisemos. Si decidimos tomarnos más días, le informaremos por escrito qué información se necesita y la razón por la cual la demora es en su mejor interés. Tomaremos una decisión tan pronto como podamos, a más tardar 14 días a partir del día en que pedimos más información.
- Si cree que no deberíamos tomarnos más días, **puede presentar una “queja rápida”** (para más información acerca del trámite de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene una queja acerca de nuestro plan, a continuación). Le llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- Si no le hemos respondido dentro de 72 horas (o si hay un plazo extendido al término de ese plazo) usted puede presentar una apelación. Consulte la Sección 2: Apelaciones del Nivel 1, a continuación, para ver cómo presentar una apelación.

Para obtener una autorización de servicio rápido, debe cumplir con dos requisitos:

1. Nos está solicitando cobertura para atención médica que aún no ha recibido. (No puede obtener autorización de servicio rápido si su solicitud es acerca de pago por atención médica que ya recibió.)
2. Utilizar las fechas límite estándar podría dañar gravemente su vida o salud o bien afectar su capacidad funcional.

Si su proveedor nos dice que su salud requiere una “autorización de servicio rápido”, accederemos automáticamente a darle una autorización de servicio rápido.

Si usted nos solicita una autorización de servicio rápido por su cuenta sin el apoyo de su proveedor, decidiremos si su salud requiere que le demos una autorización de servicio rápido.

Si decidimos que su padecimiento no cumple con los requisitos para una autorización de servicio rápido, le mandaremos una carta diciendo esto (y utilizaremos en cambio las fechas límite estándar).

- Esta carta le dirá que si su proveedor solicita la autorización de servicio rápido, le daremos automáticamente una autorización de servicio rápido.
- Esta carta también le dirá cómo puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de darle una autorización de servicio estándar en vez de la autorización de servicio rápido que solicitó. (Para más información sobre el trámite de presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene una queja acerca de nuestro plan, más abajo en este capítulo.)

Si nuestra respuesta es sí a una parte o todo lo que pidió, tenemos que responderle dentro de 72 horas tras recibir su solicitud. Si extendimos el plazo necesario para realizar nuestra autorización del servicio para un artículo o servicio médico, le responderemos al término de ese plazo extendido.

Si nuestra respuesta es no a una parte o todo lo que pidió, le mandaremos una explicación escrita detallada de la razón por la cual dijimos que no. Si no está satisfecho con nuestra respuesta, tiene el derecho de presentarnos una apelación. Consulte la Sección 2: Apelaciones del Nivel 1, más abajo, para más información.

Si no tiene noticias nuestras a tiempo, eso es como si le negamos su solicitud para la autorización de un servicio. Si esto sucede, tiene el derecho de presentarnos una apelación. Consulte la Sección 2: Apelaciones del Nivel 1, más abajo, para más información.

Si estamos cambiando un servicio que ya está recibiendo

- En la mayoría de los casos, si decidimos reducir, suspender o parar un servicio que ya aprobamos y que usted está recibiendo ahora, tenemos que avisarle por lo menos 15 días antes de que cambiemos el servicio.
- Si estamos verificando la atención que recibió en el pasado, tomaremos una decisión acerca de pagarla dentro de 30 días tras recibir la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si le negamos pago para un servicio, le mandaremos a usted y su proveedor un aviso el día en que le negamos el pago. **No tendrá que pagar por cualquier atención que recibió y que el plan o Medicaid cubrió incluso si más tarde le negamos el pago al proveedor.**

Es posible que también tenga **derechos especiales de Medicare si su cobertura para atención hospitalaria, cuidados de salud en casa, atención en el centro de enfermería especializada o si sus servicios en un centro ambulatorio de rehabilitación integral (CORF)** está finalizando. Para más información acerca de estos derechos, consulte el Capítulo 9 de la Evidencia de Cobertura de VillageCareMAX Medicare Total Advantage.

Qué hacer si quiere apelar una decisión acerca de su atención

Si le negamos su solicitud para cubrir un artículo o servicio médico, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si decimos que no, usted tiene el derecho de apelar y pedimos que reconsideremos esta decisión. Presentar una apelación significa intentar recibir nuevamente la atención médica que quiere.
- Si decide presentar una apelación, significa que usted pasa al Nivel 1 del trámite de apelaciones (ver más abajo).
- VillageCareMAX Medicare Total Advantage también puede explicarle el trámite de quejas y apelaciones disponible para usted según su queja. Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-469-6292 (TTY: 711) para obtener más información sobre sus derechos y las opciones disponibles para usted.

En cualquier momento del trámite, usted o alguien de confianza también pueden presentarle al Departamento de Salud del Estado de Nueva York una queja sobre el tiempo de revisión llamando al 1-866-712-7197.

Sección 2: Apelaciones del Nivel 1 (también conocidas como Apelación del Nivel del Plan)

La información en esta sección es pertinente para todos sus beneficios de Medicare y la mayoría de sus beneficios de Medicaid. Esta información no es pertinente para sus beneficios de los medicamentos de receta de la Parte D de Medicare.

Hay algunos tratamientos y servicios para los cuales usted necesita aprobación antes de recibirlos o poder seguir recibéndolos. A esto se le llama autorización previa. Pedir aprobación para un tratamiento o servicio recibe el nombre de solicitud para la autorización de un servicio. Ya describimos este trámite en la Sección 1 de este capítulo. Si decidimos negarle su solicitud para la autorización de un servicio o aprobarla para una cantidad menor a la solicitada, usted recibirá un aviso llamado Aviso Integrado de Determinación de Cobertura.

Si recibe un Aviso Integrado de Determinación de Cobertura y no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene el derecho de apelar. Presentar una apelación significa intentar recibir el artículo o servicio médico que quiere pidiéndonos que reexaminemos su solicitud.

Usted puede presentar una Apelación del Nivel 1:

Cuando apela una decisión por primera vez, es la Apelación del Nivel 1 o una Apelación del Plan. En esta decisión, examinamos la decisión que tomamos para ver si seguimos todas las reglas debidamente. Otros revisores distintos a los que tomaron la decisión original desfavorable examinarán su apelación. Cuando finalicemos la revisión, le informaremos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias tratadas más adelante, usted puede presentar una apelación rápida.

Pasos para presentar una Apelación del Nivel 1:

- Si no está satisfecho con nuestra decisión, tiene **60 días** a partir de la fecha indicada en el Aviso Integrado de Determinación de Cobertura para presentar una apelación. Si deja pasar la fecha límite pero tiene una buena razón para ello, podríamos darle más tiempo para presentar su apelación. Posibles ejemplos de una buena razón para dejar pasar la fecha límite son una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le dimos la información incorrecta o incompleta de la fecha límite para pedir una apelación.
- Si está apelando una decisión que tomamos acerca de cobertura que aún no recibe, usted, su proveedor o ambos necesitarán decidir si necesitan una **“apelación rápida”**.
 - Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos para obtener una “autorización acelerada para un servicio”. Para pedir una apelación rápida, siga las instrucciones para pedirnos una autorización acelerada para un servicio. (Estas instrucciones se dan en la Sección 1 que trata el trámite acelerado.)
 - Si su proveedor nos informa que su salud requiere una “apelación rápida”, se la daremos.
 - Si su caso fue una **revisión concurrente** en la que examinamos un servicio que ya estaba recibiendo, obtendrá automáticamente una apelación rápida.
- Puede presentar la apelación usted mismo o pedirle a alguien de confianza que presente la Apelación del Nivel 1 para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-469-6292 (TTY: 711) si necesita ayuda para presentar una Apelación del Nivel 1.
 - Sólo alguien que usted nombre por escrito puede representarlo durante su apelación. Si quiere que un amigo, pariente u otra persona lo represente durante su apelación, llene el Formulario de Solicitud de Apelación adjuntado al Aviso Integrado de Determinación de Cobertura, llene el formulario “Nombramiento de Representante” o bien escriba y firme una carta que nombre a su representante.
 - Para obtener el formulario “Nombramiento de Representante”, llame a Servicios para Miembros y pida el formulario. También puede obtenerlo del sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o de nuestro sitio web en <https://www.villagecaremax.org>. El formulario le da permiso a la persona a actuar en nombre suyo. Debe darnos una copia del formulario firmado; O BIEN
 - Puede redactar una carta y enviárnosla. (Usted o la persona nombrada en la carta como su representante pueden mandarnos la carta.)
- No lo trataremos de manera distinta o actuaremos en contra suya porque presentó una Apelación del Nivel 1.
- Puede presentar su Apelación del Nivel 1 telefónicamente o por escrito

Cómo seguir con su servicio o artículo mientras apela una decisión acerca de su atención

Si le dijimos que íbamos a parar, suspender o reducir servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que conserve estos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o parar cobertura para un servicio o artículo que está recibiendo actualmente, le mandaremos un aviso antes de actuar.
- Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una Apelación del Nivel 1.
- Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si pide una Apelación del Nivel 1 dentro de 10 días calendario desde la fecha en el Aviso Integrado de Determinación de Cobertura o para la fecha prevista de entrada en vigor de la medida, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con esta fecha límite, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras está pendiente su Apelación del Nivel 1. También seguirá recibiendo todos los otros servicios o artículos (que no son el objeto de su apelación) sin cambios.
- **Nota:** Si su proveedor nos pide que continuemos con el servicio o artículo que ya estaba recibiendo durante su apelación, quizás necesite nombrar a su proveedor como su representante.

Qué sucede después de que recibimos su Apelación del Nivel 1

- Dentro de 15 días, le mandaremos una carta para informarle que nos estamos ocupando de su Apelación del Nivel 1. Le avisaremos si necesitamos más información para tomar nuestra decisión.
- Le mandaremos sin cargo una copia del expediente de su caso, que incluye una copia de los expedientes médicos y toda otra información y cualquier registro que utilizaremos para decidir sobre la apelación. Si su Apelación del Nivel 1 es acelerada, quizás no haya mucho tiempo para revisar esta información.
- Profesionales calificados que no tomaron la primera decisión decidirán sobre las apelaciones de asuntos clínicos. Por lo menos uno será un colega clínico revisor.
- Las decisiones no clínicas serán tomadas por personas que trabajan a un nivel superior que aquéllas que tomaron la primera decisión.
- También puede proporcionar información que se utilizará para tomar la decisión en persona o por escrito. Llámenos al 1-800-469-6292 (TTY: 711) si no está seguro qué información nos va a proporcionar.
- Le daremos las razones por las que decidimos, incluyendo nuestra razón clínica si es pertinente. Si le negamos su solicitud o la aprobamos para una cantidad menor a la que solicitó, le mandaremos un aviso llamado Aviso sobre la Decisión de la Apelación. Si decimos que no a su Apelación del Nivel 1, mandaremos **automáticamente** su caso al siguiente nivel del trámite de apelación.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si estamos utilizando plazos para la apelación estándar, tenemos que responder su solicitud **dentro de 30 días calendario** tras recibir su apelación si ésta es sobre cobertura para servicios que aún no ha recibido.

- Le informaremos sobre nuestra decisión antes si su padecimiento nos obliga a hacerlo.
- Sin embargo, si nos pide más tiempo o necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **nos podemos tomar hasta 14 días calendario más**. Si decidimos que necesitaremos más días para decidir, le avisaremos por escrito qué información se necesita y la razón por la cual la demora es en su mejor interés. Tomaremos una decisión lo más pronto que podamos tras recibir toda la información necesaria y le responderemos a más tardar 14 días calendario después del día en que le pedimos más información.
 - Si cree que **no** deberíamos tomarnos más días, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presente una queja rápida, le responderemos a su queja dentro de 24 horas.
 - Para más información acerca del trámite de presentación de quejas, incluyendo las rápidas, consulte la Sección 5: Qué hacer si tiene una queja acerca de nuestro plan, más abajo, para más información.
- Si no le hemos respondido para la fecha límite aplicable indicada arriba (o para el término de los días adicionales en que nos hicimos cargo de su solicitud para un artículo o servicio médico), estamos obligados a mandar su solicitud al Nivel 2 del trámite de apelaciones.
 - Una organización externa independiente la examinará.
 - Hablamos sobre esta organización revisora y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del trámite de apelaciones en la Sección 3: Apelaciones del Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o todo lo que pidió**, tenemos que autorizar o proporcionar la cobertura que hemos accedido a proporcionar dentro de 72 horas de cuando hayamos tomado nuestra decisión.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o todo lo que pidió, estamos obligados a mandar su apelación al siguiente nivel de apelaciones** para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando le dijimos no a su apelación. Esto significa que su apelación procederá al siguiente nivel del trámite de apelaciones, que es el Nivel 2.

Plazos para una “apelación rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, tenemos que responderle **dentro de 72 horas tras recibir su apelación**. Le responderemos antes si su salud nos obliga a hacerlo.
- Si nos pide más tiempo o necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, nos podemos tomar hasta **14 días calendario más**. Si decidimos tomarnos más días para decidir, le informaremos por escrito qué información se necesita y la razón por la cual la demora es en su mejor interés. Tomaremos la decisión tan pronto como podamos al recibir la información necesaria, a más tardar 14 días a partir del día en que pedimos más información.
- Si no le hemos respondido dentro de 72 horas (o para el término de los días adicionales que nos tomamos), tenemos que mandar su solicitud automáticamente al Nivel 2 del trámite de apelaciones, explicado más adelante en la Sección 3: Apelaciones del Nivel 2.

Si nuestra respuesta es sí a una parte o todo lo que pidió, tenemos que autorizar o proporcionar la cobertura que hemos accedido a proporcionar dentro de 72 horas tras recibir su apelación.

Si nuestra respuesta es no a una parte o todo lo que pidió, mandaremos su solicitud automáticamente a una organización revisora independiente para una Apelación del Nivel 2. Usted o alguien de confianza también pueden presentarle una queja al plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su acción de apelación.

- Durante la Apelación del Nivel 2, una organización revisora independiente llamada la **“Oficina Administrativa Integrada de Audiencias” u “Oficina de Audiencias”**, examina nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.
- Más adelante, en la Sección 3: Apelaciones del Nivel 2, le informaremos sobre esta organización y explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del trámite de apelaciones.

En cualquier momento del trámite, usted o alguien de confianza también pueden presentarle al Departamento de Salud del Estado de Nueva York una queja sobre el tiempo de revisión llamando al 1-866-712-7197.

Sección 3: Apelaciones del Nivel 2

La información en esta sección es pertinente para **todos** sus beneficios de Medicare y la mayoría de los de Medicaid. Esta información no es pertinente para sus beneficios de los medicamentos de receta de la Parte D de Medicare.

Si le decimos que **No** a su Apelación del Nivel 1, su caso será mandado **automáticamente** al siguiente nivel del trámite de apelaciones. Durante la Apelación del Nivel 2, la **Oficina de Audiencias** examina nuestra decisión para su Apelación del Nivel 1. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

- **La Oficina de Audiencias es una agencia independiente del Estado de Nueva York.** No está conectada con nosotros. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.
- Enviaremos la información acerca de su apelación, conocida como su “expediente del caso”, a esta organización. **Tiene el derecho de pedirnos una copia gratuita de su expediente del caso.**
- Tiene el derecho de proporcionarle más información a la Oficina de Audiencias para apoyar su apelación.
- Los revisores en la Oficina de Audiencias examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La Oficina de Audiencias se comunicará con usted para programar una audiencia.

- Si tuvo una apelación rápida a nuestro plan en el Nivel 1 porque su salud correría grave peligro si esperara la decisión bajo el plazo estándar, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización revisora debe responder a su Apelación del Nivel 2 **dentro de 72 horas** tras recibir su apelación.
- Si la Oficina de Audiencias necesita recopilar más información que pudiera beneficiarle, **puede tomarse hasta 14 días calendario más.**

Si tuvo una apelación “estándar” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si tuvo una apelación estándar a nuestro plan en el Nivel 1, obtendrá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- La organización revisora debe responder a su Apelación del Nivel 2 **dentro de 90 días calendario** tras recibir su apelación.
- Si la Oficina de Audiencias necesita recopilar más información que pudiera beneficiarle, puede tomarse hasta 14 días calendario más.

Si reunió los requisitos para la continuación de beneficios cuando presentó su Apelación del Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o fármaco que apela también continuarán durante el Nivel 2. Vaya a la página 13 para ver la información sobre la continuación de beneficios durante la Apelación del Nivel 1.

La Oficina de Audiencias le informará sobre su decisión por escrito y explicará las razones por la que decidió así.

- Si la Oficina de Audiencias dice que **sí** a parte o toda su solicitud, tenemos que autorizar el servicio o darle el artículo **dentro de un día hábil tras recibir la decisión de la Oficina de Audiencias.**
- Si la Oficina de Audiencias dice que **no** a parte o toda su apelación, esto significa que está de acuerdo con nuestro plan, es decir que su solicitud (o parte de ella) para recibir cobertura de la atención médica no debe ser aprobada. (A esto se conoce como “sostener la decisión” o “rechazar su apelación”.)

Si la Oficina de Audiencias dice que no a parte o toda su apelación, puede elegir si quiere llevar su apelación más allá.

- Hay dos niveles más en el trámite de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cuatro niveles de apelación).
- Si su Apelación del Nivel 2 es rechazada, usted debe decidir si quiere proceder al Nivel 3 y presentar su tercera apelación. El aviso escrito que recibió después de su Apelación del Nivel 2 tiene los detalles sobre cómo hacerlo.
- El Consejo de Apelaciones de Medicare se encarga de las Apelaciones del Nivel 3. Después de este nivel, es posible que tenga el derecho de pedirle a un tribunal federal que examine su apelación.

- La decisión que reciba del Consejo de Apelaciones de Medicare relacionada con los beneficios de **Medicaid** será **definitiva**.

En cualquier momento del trámite, usted o alguien de confianza también pueden presentarle al Departamento de Salud del Estado de Nueva York una queja sobre el tiempo de revisión llamando al 1-866-712-7197.

Sección 4: Apelaciones Externas para Medicaid solamente

Usted o su doctor pueden pedir una Apelación Externa para **beneficios cubiertos por Medicaid solamente**.

Puede solicitarle al Estado de Nueva York una **apelación externa** independiente si nuestro plan decide negarle cobertura para un servicio médico que usted y su doctor solicitaron porque:

- No es médicamente necesario o
- Es experimental o está en investigación o
- No es distinto a la atención que puede recibir de la red del plan o
- Está disponible de un proveedor participante que tiene la debida capacitación y experiencia para satisfacer sus necesidades.

Recibe el nombre de Apelación Externa porque revisores que no trabajan para el plan de salud o el estado toman la decisión. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el Estado de Nueva York. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental. Usted no tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de que usted apele al estado:

- Debe presentarle al plan su Apelación del Nivel 1 y recibir la Determinación Adversa Definitiva del plan; **o**
- Puede pedir simultáneamente una Apelación Externa acelerada si aún no ha recibido el servicio y solicita una apelación rápida. (Su doctor tendrá que decir que una apelación acelerada es necesaria); **o**
- Usted y el plan pueden ponerse de acuerdo de saltarse el trámite de apelaciones del plan e ir directamente a la Apelación Externa; **o**
- Usted puede demostrar que el plan no siguió correctamente las reglas cuando procesó su Apelación del Nivel 1.

Tiene **4 meses** tras recibir la Determinación Adversa Definitiva del plan para solicitar una Apelación Externa. Si usted y el plan acordaron saltarse el trámite de apelaciones del plan, entonces debe solicitar la Apelación Externa dentro de 4 meses de cuando realizó ese acuerdo.

Para solicitar una Apelación Externa, llene la solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros.

- Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-469-6292 (TTY: 711) si necesita ayuda para presentar una apelación.

- Usted y sus doctores tendrán que proporcionar información sobre su problema médico.
- La solicitud para la Apelación Externa indica qué información se necesitará.

He aquí algunas maneras de obtener la solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882
- Vaya al sitio web del Departamento de Servicios Financieros en www.dfs.ny.gov .
- Llame al plan de salud al 1-800-469-6292 (TTY: 711)

El revisor decidirá sobre su Apelación Externa en 30 días. Si el revisor de la Apelación Externa pide más información, más tiempo (hasta cinco días hábiles) podría necesitarse. El revisor le comunicará a usted y al plan la decisión definitiva dentro de dos días después de tomarla.

Puede recibir una decisión más rápida si su doctor dice que una demora dañaría gravemente su salud. A esto se le llama **Apelación Externa acelerada**. El revisor de la Apelación Externa decidirá sobre una apelación acelerada en 72 horas o menos y le comunicará la decisión por fax o telefónicamente. Más tarde, el revisor enviará una carta informándole sobre la decisión.

En cualquier momento del trámite, usted o alguien de confianza también pueden presentarle al Departamento de Salud del Estado de Nueva York una queja sobre el tiempo de revisión llamando al 1-866-712-7197.

Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan

La información en esta sección es pertinente para **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esta información no es pertinente para sus beneficios de los medicamentos de receta de la Parte D de Medicare.

Esperamos que nuestro plan lo atienda bien. Si tiene un problema con la atención o el tratamiento que recibe de nuestro personal o nuestros proveedores o si no le gusta la calidad de la atención o de los servicios que recibe de nosotros, llame a Servicios para Miembros al 1-800-469-6292 (TTY: 711) o escriba a Servicios para Miembros. **El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar un agravio”.**

Puede pedirle a alguien de confianza que presente la queja por usted. Si necesita nuestra ayuda por un impedimento auditivo o visual o si necesita servicios de traducción, podemos ayudarle. No le dificultaremos las cosas ni tomaremos medidas en su contra por presentar una queja.

Cómo presentar una queja:

- **Generalmente, llamar a Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que tiene que hacer, Servicios para Miembros le informará. Puede llamarnos al 1-800-469-6292 (TTY: 711) entre las 8:00 am y 8:00 pm los 7 días de la semana.
- Si no desea llamar (o llamó pero estuvo insatisfecho), **puede poner su queja por escrito y enviárnosla.** Si pone su queja por escrito, se la contestaremos por escrito.

- Envíenos su queja por escrito a la dirección que aparece en la Sección 2 del Capítulo 2: *Cómo contactarnos cuando presenta una queja acerca de su atención médica.*
- **Ya sea si llama o escribe, debe contactar a Servicios para Miembros de inmediato.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de tener el problema sobre el cual quiere quejarse.

Qué sucede después:

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que le demos una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su padecimiento nos obliga a responder rápidamente, lo haremos.
- **Respondemos a la mayoría de las quejas en 30 días calendario.**
- Si está presentando una queja por negarle su solicitud para una “autorización de servicio rápido” o “apelación rápida”, **le daremos automáticamente una queja “rápida”.** Si tiene una queja “rápida”, eso significa que le **responderemos dentro de 24 horas.**
- Si necesitamos más información y la demora es en su mejor interés o si solicita más tiempo, nos podemos tomar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo diremos por escrito.
- Sin embargo, si ya nos pidió una autorización de un servicio o presentó una apelación y cree que no le respondemos suficientemente rápido, también puede presentar una queja acerca de nuestra lentitud. He aquí ejemplos de cuándo puede presentar una queja:
 - Si nos solicitó que le diéramos una “autorización de servicio rápido” o una “apelación rápida” y le dijimos que no lo haríamos.
 - Si cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para darle una autorización de un servicio o responderle a una apelación que presentó.
 - Cuando una autorización de servicio que hicimos es examinada y se nos informa que debemos cubrirle o reembolsarle ciertos servicios médicos o fármacos dentro de ciertas fechas límite y usted piensa que no estamos cumpliendo con las fechas límite.
 - Cuando no le damos una decisión a tiempo y no remitimos su caso a la Oficina de Audiencias para la fecha límite exigida.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o toda su queja o no nos responsabilizamos por el problema del cual usted se queja, le dejaremos saber. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Apelaciones de quejas

Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos acerca de su queja concerniente a sus beneficios de Medicaid, usted o alguien de confianza pueden presentar una **apelación de la queja** con el plan.

Cómo apelar una queja:

- Si no está satisfecho con lo que decidimos, tiene por lo menos 60 días hábiles después de recibir noticias nuestras para presentar una apelación de la queja;

- Puede apelar usted mismo o pedirle a alguien de confianza que presente la apelación de la queja por usted;
- Tiene que presentar la apelación de la queja por escrito.
 - Si presenta su apelación telefónicamente, debe continuarla por escrito.
 - Después de su llamada, le enviaremos un formulario que resume su apelación telefónica.
 - Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y regresarnos el formulario. Puede realizar cualquier cambio necesario antes de enviarnos el formulario.

Qué sucede después de que recibimos se apelación de una queja:

Una vez que recibimos su apelación de la queja, le mandaremos una carta dentro de 15 días hábiles. La carta le informará:

- Quién está trabajando en su apelación de la queja;
- Cómo contactar a esta persona;
- Si necesitamos más información.

Una o más personas calificadas examinarán su apelación de la queja. Estos revisores están en un nivel superior a los revisores que tomaron la primera decisión acerca de su queja.

Si su apelación de la queja está relacionada con asuntos clínicos, uno o más profesionales de la salud examinarán su caso. Por lo menos uno de ellos será un colega clínico revisor que no participó en tomar la primera decisión sobre su queja.

La dejaremos saber nuestra decisión dentro de 30 días laborales a partir del momento en que tenemos toda la información necesaria. Si una demora haría peligrar su salud, recibirá nuestra decisión en 2 días hábiles de cuando tenemos toda la información que necesitamos para decidir la apelación. Le daremos las razones de nuestra decisión y nuestro razonamiento clínico si es pertinente.

Si aún no está satisfecho, usted o alguien actuando en su nombre pueden presentarle una queja al Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.