

Modificaciones al Manual de VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP) que incluyen Autorizaciones de servicio, Medidas, Apelaciones y Quejas

Usted tiene Medicare y obtiene asistencia de Medicaid. La información de este capítulo comprende sus derechos para todos los beneficios de Medicare y para la mayoría de los de Medicaid. En la mayoría de los casos, usted no tendrá que utilizar un proceso para los beneficios de Medicare y otro diferente para los beneficios de Medicaid. Por lo general, utilizará un proceso para ambos. Esto a veces se llama “proceso integrado” porque integra los procesos de Medicare y Medicaid.

Sin embargo, para algunos de los beneficios de Medicaid, es posible que también tenga derecho a un proceso adicional de apelaciones externas. Para obtener más información sobre el proceso de apelaciones externas, consulte la página 11.

Sección 1: solicitud de autorización de servicio (también conocida como solicitud de decisión de cobertura)

La información de esta sección se aplica a todos los beneficios de Medicare y a la mayoría de los de Medicaid. Esta información no se aplica a los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Solicitar la aprobación de un tratamiento o un servicio se denomina **solicitud de autorización de un servicio (también conocida como solicitud de decisión de cobertura)**. Para obtener la solicitud de autorización de un servicio, debe llamar al número gratuito de Servicios para los miembros al 1-866-783-1444, (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, o envíe su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

VNSNY CHOICE Total
Attn: Medical Management Department
1630 East 15th Street, 3rd Floor
Brooklyn, NY 11229

Autorizaremos los servicios en un monto determinado y para un período específico. Esto se denomina **período de autorización**.

Autorización previa

Para algunos servicios cubiertos se exige **autorización previa** (aprobación de antemano) del Departamento de Administración Médica de VNSNY CHOICE antes de que usted los reciba. Usted o una persona de su confianza pueden solicitar la autorización previa. Se deben autorizar los siguientes tratamientos y servicios **antes** de recibirlos:

- Servicios de atención personal
- Atención médica a domicilio
- Servicios de atención médica de día para adultos
- Servicios de tareas en el hogar o limpieza
- Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor
- Modificaciones del medio ambiente

- Entrega de comidas en el hogar
- Equipo médico para modificaciones de seguridad en el hogar
- Suministros quirúrgicos y médicos para atención en hogares de convalecencia
- Servicios médico-sociales
- Servicios de nutrición
- Sistema personal de respuesta de emergencia (PERS)
- Servicios privados de enfermería
- Servicio de atención social de día

Revisión simultánea

También puede solicitar al Departamento de Administración Médica de VNSNY CHOICE obtener más de un servicio de los que recibe actualmente. Esto se denomina **revisión simultánea**.

Revisión retrospectiva

Algunas veces, realizaremos una revisión sobre la atención médica que está recibiendo para corroborar si aún la necesita. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya haya recibido. Esto se denomina **revisión retrospectiva**. Le informaremos si realizamos alguna de estas revisiones.

¿Qué sucede después de que obtenemos su solicitud de autorización de servicio?

El plan de salud cuenta con un equipo de revisión para garantizar que usted obtenga los servicios que le prometemos. Los médicos y el personal de enfermería se encuentran en el equipo de revisión. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o el servicio que solicitó sean médicamente necesarios y correctos para usted. Esto lo hacen al controlar su plan de tratamiento según normas médicas establecidas.

Podemos decidir rechazar toda solicitud de autorización de un servicio o aprobarla por un monto inferior al solicitado. Un profesional de atención médica calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio que usted ha solicitado no es médicamente necesario, un colega revisor clínico tomará la decisión. Un colega revisor clínico puede ser un médico, un enfermero o un profesional de atención médica que, generalmente, proporciona la atención que usted ha solicitado. Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica**, que se utilizan para tomar la decisión sobre la necesidad médica.

Después de que obtenemos su solicitud, la revisaremos conforme al proceso de seguimiento **rápido o estándar**. Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión de seguimiento rápido si alguno considera que un retraso causaría un daño grave a su salud. Si rechazamos su solicitud de revisión de seguimiento rápido, le informaremos y manejaremos la solicitud conforme al proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido lo requiera su afección médica, pero no posterior a lo mencionado a continuación. A continuación, encontrará más información sobre el proceso de seguimiento rápido.

Le informaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si aprobamos o rechazamos su solicitud. También le informaremos el motivo de la decisión. Explicaremos las opciones que tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Proceso estándar

Por lo general, utilizamos el **plazo de tiempo estándar** para informarle nuestra decisión sobre su solicitud de un artículo o servicio médico. a menos que hayamos aceptado utilizar los plazos de tiempo rápidos.

- Una revisión estándar para una solicitud de autorización previa quiere decir que le daremos una respuesta en el plazo de los 3 días hábiles a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero sin superar los **14 días calendario** después de que hayamos recibido su solicitud. Si su caso es una **revisión simultánea** en la que usted solicita un cambio en un servicio que ya recibe, tomaremos una decisión en el plazo de 1 día hábil a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero le daremos una respuesta en un plazo no mayor a 14 días calendario después de que hayamos recibido su solicitud.
- Si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como historias clínicas de proveedores fuera de la red de servicios) que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le comunicaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es para su conveniencia. Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria, pero sin superar los 14 días desde el día en que le solicitamos más información.
- Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una **“queja rápida”**. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de autorizaciones de servicios y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 5: “Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan”).

Si no le comunicamos nuestra respuesta en el plazo de los 14 días calendario (o antes de que finalicen los días adicionales, si los utilizamos), puede presentar una apelación.

- **Si aceptamos su solicitud de manera total o parcial**, autorizaremos el servicio o le daremos el artículo que solicitó.
- **Si rechazamos su solicitud de manera total o parcial**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. En la Sección 2: “Apelaciones de Nivel 1” (también conocidas como Nivel 1), que se encuentra más adelante en este capítulo, se explica cómo presentar una apelación.

Proceso de seguimiento rápido

Si su salud lo requiere, pídanos que le brindemos una **“autorización rápida de servicio”**,

- Una revisión rápida para una solicitud de autorización previa quiere decir que le daremos una respuesta en el plazo de 1 día hábil a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero nunca en un plazo mayor que **72 horas** después de la fecha en que nos hizo la solicitud.
- Podemos tomarnos **hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarle (como historias clínicas de proveedores fuera de la red de servicios) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos días adicionales, le comunicaremos por escrito qué información se

necesita y por qué la demora es para su conveniencia. Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria, pero sin superar los 14 días desde el día en que le solicitamos más información.

- Si considera que no deberíamos tomarnos días adicionales, **puede presentar una “queja rápida”**. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 5: “Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan” que figura a continuación). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo al final de ese período), usted puede presentar una apelación. Consulte la Sección 2: “apelaciones de Nivel 1”, que figura a continuación, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

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

1. Solicitar cobertura para atención médica que aún no haya recibido. (No puede obtener una autorización rápida de servicio si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya haya recibido).
2. Utilizar los plazos estándar podría poner en grave peligro su salud o dañar su capacidad funcional.

Si su proveedor le indica que su salud requiere una “autorización rápida de servicio”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una autorización rápida de servicio.

Si nos pide usted mismo la autorización rápida de servicio, sin el apoyo de su proveedor, decidiremos si su salud requiere que tomemos una autorización rápida de servicio.

Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una autorización rápida de servicio, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y utilizaremos los plazos estándares en su lugar).

- En esta carta se le indicará que, si su proveedor le pide la autorización rápida de servicio, se la proporcionaremos automáticamente.
- En la carta también se le explicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una autorización estándar de servicio en lugar de la autorización rápida de servicio que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 5: “Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan”, que figura más adelante en este capítulo).

Si aceptamos su solicitud de manera total o parcial, debemos brindarle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para realizar nuestra autorización de servicio para su solicitud de un artículo o servicio médico, le brindaremos la respuesta al final de ese período extendido.

Si rechazamos su solicitud de manera total o parcial, le enviaremos una explicación detallada por escrito en la que se le indicará por qué la rechazamos. Si no está conforme con nuestra respuesta,

tiene derecho a presentar una apelación. Consulte la Sección 2: “Apelaciones de Nivel 1”, que figura a continuación, para obtener más información.

Si no llegáramos a comunicarnos con usted a tiempo, es porque rechazamos la solicitud de autorización de servicio. Si esto ocurre, tiene derecho a presentar una apelación. Consulte la Sección 2: “Apelaciones de Nivel 1”, que figura a continuación, para obtener más información.

Si modificamos un servicio que usted ya recibe

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o finalizar un servicio que ya hayamos aprobado que esté recibiendo actualmente, debemos informárselo al menos 15 días previos al cambio de servicio.
- Si estamos controlando la atención de salud que usted recibió en el pasado, tomaremos una decisión sobre el pago de esta atención en un plazo de 30 días después de obtener la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si rechazamos el pago de un servicio, les enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que rechazamos el pago. **No tendrá que pagar ninguna atención recibida que el plan o Medicaid hayan cubierto, incluso si posteriormente rechazamos el pago al proveedor.**

Es posible que también tenga **derechos especiales de Medicare si su cobertura para servicios de atención hospitalaria, atención médica profesional en el hogar, atención en centros de atención de enfermería especializada o rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)** está finalizando. Para obtener más información sobre estos derechos, consulte el Capítulo 9 de la Evidencia de cobertura de VNSNY CHOICE Total.

Qué debe hacer si desea apelar una decisión sobre su atención

Si rechazamos su solicitud de cobertura para un artículo o servicio médico, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a presentar una apelación y pedirnos que reconsideremos esta decisión. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).
- VNSNY CHOICE Total también puede explicarle los procesos de quejas y apelaciones disponibles para usted según la queja que tenga. Puede llamar a Servicios para los miembros al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, para obtener más información sobre sus derechos y opciones disponibles.

En cualquier momento del proceso, usted o una persona de su confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

Sección 2: Apelaciones de Nivel 1 (también conocidas como Apelaciones de nivel del plan)

La información de esta sección se aplica a todos los beneficios de Medicare y a la mayoría de los de Medicaid. Esta información no se aplica a los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Existen algunos tratamientos y servicios para los que necesita una autorización antes de recibirlos o para poder continuar recibéndolos. Esto se denomina autorización previa. Solicitar la aprobación de un tratamiento o un servicio se denomina solicitud de autorización de un servicio. Describimos este proceso anteriormente en la Sección 1 de este capítulo. Si decidimos denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto inferior al solicitado, recibirá un aviso denominado aviso de determinación de cobertura integrada.

Si recibe un aviso de determinación de cobertura integrada y no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa tratar de recibir el artículo o servicio médico que desea pidiéndonos que revisemos su solicitud nuevamente.

Puede presentar una apelación de Nivel 1:

Cuando apela una decisión por primera vez, lo que se denomina apelación de Nivel 1 o apelación del plan. En este tipo de apelación, revisamos la decisión que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es gestionada por diferentes revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que abordaremos más adelante, usted puede solicitar una apelación rápida.

Pasos para presentar una apelación de Nivel 1:

- Si no está conforme con nuestra decisión, tiene **60 días** a partir de la fecha del aviso de determinación de cobertura integrada para presentar una apelación. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por no haber cumplido el plazo: una enfermedad muy grave le impidió comunicarse con nosotros o le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su proveedor deberán decidir si necesita una **“apelación rápida”**.
 - Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “autorización de servicio de seguimiento rápido”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una autorización de servicio de seguimiento rápido. (Estas instrucciones se encuentran en la Sección 1, en la parte de Proceso de seguimiento rápido).
 - Si su proveedor nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

- Si su caso fuera una **revisión simultánea** en la que estuviéramos revisando un servicio que usted ya recibe, obtendrá automáticamente una apelación rápida.
- Puede presentar una apelación usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación de Nivel 1 por usted. Puede llamar a Servicios para los miembros al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita ayuda para presentar una apelación de Nivel 1.
 - Solo la persona que usted designe por escrito podrá representarlo durante su apelación. Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante durante la apelación, puede completar el Formulario de solicitud de apelación que se adjuntó al Aviso de determinación de cobertura integrada, completar un formulario de “Nombramiento de un representante” o escribir y firmar una carta en la que designe a su representante.
 - Para obtener un formulario de “Nombramiento de un representante”, llame a Servicios para los miembros y solicite el formulario. También puede obtener el formulario en la página web de Medicare descargándolo en el siguiente enlace: <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestra página web en www.vnsnychoice.org. El formulario le otorga a la persona el permiso para que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Puede escribir una carta y enviárnosla. (Usted o la persona que se designa en la carta como su representante puede enviarnos la carta).
- No lo trataremos de manera diferente ni actuaremos mal con usted si presenta una apelación de Nivel 1.
- Puede realizar la apelación de Nivel 1 por teléfono o por escrito.

Continuación del servicio o artículo mientras apela una decisión sobre su atención

Si le informamos que íbamos a finalizar, suspender o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda seguir recibéndolos durante la apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida.
- Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una apelación de Nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 en el plazo de 10 días calendario de la fecha que figura en el aviso de determinación de cobertura integrada o hasta la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida, lo que sea posterior.
- Si cumple con este plazo, puede continuar recibiendo el servicio o artículo sin ningún cambio hasta que se resuelva su apelación de Nivel 1. También continuará recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no forman parte de su apelación) sin cambios.
- **Nota:** Si su proveedor pide la continuación de un servicio o artículo que ya recibe durante su apelación, es posible que deba designar como representante a su proveedor.

¿Qué sucede después de que obtenemos su apelación de Nivel 1?

- En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos analizando su apelación de Nivel 1. Le comunicaremos si necesitamos información adicional para tomar nuestra decisión.
- Le enviaremos una copia de su expediente sin cargo alguno, que incluye una copia de su historia clínica y cualquier otra información y registro que usaremos para decidir sobre la apelación. Si su apelación de Nivel 1 es de seguimiento rápido, es posible que deba revisarse dicha información en un corto plazo.
- Profesionales de la salud calificados que no tomaron la decisión inicial decidirán sobre las apelaciones de asuntos clínicos. Al menos uno será un colega revisor clínico.
- Las decisiones no clínicas serán tratadas por personas que trabajan en un nivel superior que las personas que trabajaron en su primera decisión.
- También puede brindar información útil para tomar la decisión, ya sea en persona o por escrito. Llámenos al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si no está seguro de la información que debe brindarnos.
- Le proporcionaremos los motivos de nuestra decisión y nuestra fundamentación clínica, si corresponde. Si rechazamos su solicitud o la aprobamos por un monto inferior al solicitado, le enviaremos un aviso denominado Aviso de decisión de apelación. Si rechazamos su apelación de Nivel 1, enviaremos su caso **automáticamente** al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos de apelación estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido.
- Le daremos la respuesta antes si su condición de salud así lo exige.
- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos que necesitamos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le comunicaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es para su conveniencia. Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria, pero sin superar los 14 días desde el día en que le solicitamos más información.
 - Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas.
 - Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 5: “qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan”, a continuación.
- Si no le damos una respuesta en la fecha aplicable indicada (o al final de los días adicionales que tomamos para decidir sobre su pedido de artículo o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- Una organización externa independiente la revisará.
- Describimos esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones en la Sección 3: “apelaciones de Nivel 2”.
- **Si aceptamos su solicitud de manera total o parcial**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de tomar nuestra decisión.
- **Si rechazamos su solicitud de manera total o parcial, estamos obligados a enviar su apelación al siguiente nivel de apelación a fin de garantizar que cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su apelación.** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Plazos para una apelación “rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
- Si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le comunicaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es para su conveniencia. Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria, pero sin superar los 14 días desde el día en que le solicitamos más información.
- Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de los días adicionales que nos tomemos), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, que abordamos más adelante en la Sección 3, “apelaciones de Nivel 2”.

Si aceptamos su solicitud de manera total o parcial, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.

Si rechazamos su solicitud de manera total o parcial, enviaremos automáticamente su apelación a una organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Usted o una persona de su confianza también pueden presentar una queja ante el plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su apelación de la medida.

- Durante la apelación de Nivel 2, una organización de revisión independiente, llamada **“Oficina Integrada de Audiencias Administrativas”** u **“Oficina de Audiencias”**, revisa nuestra decisión de su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.
- Le informamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones más adelante en la Sección 3: “apelaciones de Nivel 2”.

En cualquier momento del proceso, usted o una persona de su confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

Sección 3: apelaciones de Nivel 2

La información de esta sección se aplica a **todos** los beneficios de Medicare y a la mayoría de los de Medicaid. Esta información no se aplica a los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, su caso se enviará **automáticamente** al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Oficina de Audiencias** revisa nuestra decisión de su apelación de Nivel 1. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

- **La Oficina de Audiencias es una agencia independiente del estado de Nueva York.** No tiene ninguna relación con nosotros. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Oficina de Audiencias información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Oficina de Audiencias analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La Oficina de Audiencias se pondrá en contacto con usted para programar una audiencia.
- Si se le concedió una apelación rápida a nuestro plan en el Nivel 1 porque su salud podría verse gravemente perjudicada si espera una decisión con un plazo estándar, obtendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.
- Si la Oficina de Audiencias necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.**

Si se le concedió una apelación “estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si se le concedió una apelación “estándar” a nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 90 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si la Oficina de Audiencias necesita reunir más información que pueda beneficiarle, puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.

Si reunió los requisitos para la continuación de beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento que está apelando también continuarán durante el Nivel 2. Consulte la página 7 para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

La Oficina de Audiencias le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

- Si la Oficina de Audiencias **acepta** su solicitud de manera total o parcial, debemos autorizar el servicio o darle el artículo **en el plazo de un día hábil a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Oficina de Audiencias.**
- Si la Oficina de Audiencias **rechaza** su apelación de manera total o parcial, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar la apelación”).

Si la Oficina de Audiencias rechaza su apelación de manera total o parcial, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros dos niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cuatro niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- El Consejo de apelaciones de Medicare se ocupa de las apelaciones de Nivel 3. Después de ese paso, es posible que tenga derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.
- La decisión que reciba del Consejo de apelaciones de Medicare en relación con los beneficios de **Medicaid** será **definitiva.**

En cualquier momento del proceso, usted o una persona de su confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

Sección 4: apelaciones externas para Medicaid solamente

Usted o su médico pueden solicitar una apelación externa para los **beneficios cubiertos por Medicaid solamente.**

Puede solicitar al estado de Nueva York una **apelación externa** independiente si nuestro plan decide rechazar la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron por los siguientes motivos:

- no era médicamente necesario;
- era experimental o de investigación;
- no era diferente de la atención médica que puede recibir en la red de servicios del plan; o
- estaba disponible a cargo de un proveedor participante que tiene la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades.

Esto se denomina apelación externa porque a la decisión la toman revisores que no trabajan para el plan de salud ni el estado. 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 tendrá que pagar por la apelación externa.

Antes de que apele ante el estado:

- debe presentar una apelación de Nivel 1 con el plan y obtener la determinación adversa final del plan;
- puede solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo si no ha recibido el servicio y solicita una apelación rápida. (Su médico deberá considerar que se necesita una apelación externa acelerada);
- usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelaciones del plan y optar directamente por la apelación externa; **o**
- puede comprobar que el plan no cumplió con las normas como corresponde durante el proceso de su apelación de Nivel 1.

Usted cuenta con **4 meses** después de recibir la determinación adversa final del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acuerdan omitir el proceso de apelación del plan, debe solicitar la apelación externa en un plazo de 4 meses desde el momento en que celebró el acuerdo.

Para solicitar una apelación externa, complete la solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros.

- Puede llamar a Servicios para los miembros al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita ayuda para presentar una apelación.
- Usted y sus médicos tendrán que brindar información sobre su problema médico.
- En la solicitud de apelación externa se indica la información necesaria.

A continuación, figuran algunas formas de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882
- Visite la página web del Departamento de Servicios Financieros ingresando a www.dfs.ny.gov
- Comuníquese con el plan de salud al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

El revisor tomará una decisión sobre su apelación externa en 30 días. Si el revisor de la apelación externa solicita más información, es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles). El revisor le informará a usted y al plan la decisión final en un plazo de dos días después de tomar la decisión.

Usted puede obtener una decisión más rápida si su médico indica que un retraso causaría un daño grave a su salud. Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El revisor de la apelación externa decidirá sobre una apelación acelerada en menos de 72 horas. El revisor les informará a usted y al plan la decisión inmediatamente por teléfono o fax. Después, el revisor le enviará una carta con la decisión.

En cualquier momento del proceso, usted o una persona de su confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

Sección 5: qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan

La información de esta sección se aplica a **todos** los beneficios de Medicare y Medicaid. Esta información no se aplica a los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Esperamos que nuestro plan cumpla con sus necesidades. Si tiene problemas con la atención médica o el tratamiento que recibe de nuestro personal o proveedores o si no está conforme con la atención o los servicios que le proporcionamos, llame a Servicios para los miembros al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o comuníquese por escrito a Servicios para los miembros. **El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”.**

Puede pedirle a alguien de su confianza que presente el reclamo a su nombre. Si necesita nuestra ayuda debido a un impedimento visual o auditivo o si necesita servicios de traducción, podemos ayudarlo. No dificultaremos la situación para usted ni tomaremos medida alguna en su contra por presentar un reclamo.

Cómo presentar una queja:

- **Por lo general, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros.** Si hay algo que necesite hacer, Servicios para los miembros se lo indicará. Llame al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), **puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito. Presente su queja por escrito a la siguiente dirección:

VNSNY CHOICE Total
Grievance & Appeals
P.O. Box 445
Elmsford, NY 10523

También puede enviar su queja por fax: 1-866-791-2213.

- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto con Servicios para los miembros inmediatamente.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que desea quejarse.

¿Qué sucede después?

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **Respondemos la mayoría de las quejas en 30 días calendario.**
- Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “autorización rápida de servicio” o una “apelación rápida”, **automáticamente le concederemos una queja “rápida”.** Si se le ha

concedido una queja “rápida”, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

- Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- Sin embargo, si ya nos ha pedido una autorización de servicio o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos de cuándo puede presentar una queja:
 - si nos pidió que le brindemos una “autorización rápida de servicio” o una “apelación rápida” y dijimos que no lo haríamos;
 - si considera que no estamos cumpliendo los plazos para brindarle una autorización de servicio o la respuesta a una apelación que presentó;
 - cuando se revisa una autorización de servicio que realizamos y se nos indica que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos dentro de plazos determinados y considera que no estamos cumpliendo con los plazos;
 - cuando no le damos una decisión a tiempo y no reenviamos su caso a la Oficina de Audiencias en el plazo requerido.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Apelaciones de quejas

Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos acerca de su queja sobre los beneficios de Medicaid, usted o una persona de su confianza pueden presentar una **apelación de la queja** ante el plan.

Cómo presentar una apelación de la queja:

- Si no está conforme con lo que decidimos, tiene 60 días hábiles después de recibir la determinación para presentar una apelación.
- Puede hacerlo usted o solicitarle a alguien de confianza que presente la Apelación del reclamo en su nombre.
- La apelación de la queja debe presentarse por escrito.
 - Si presenta una apelación por teléfono, debe hacer un seguimiento por escrito.
 - Después de llamar, le enviaremos un formulario que resume la apelación que realizó por teléfono.
 - Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y regresar el formulario. Puede realizar cualquier cambio necesario antes de regresarnos el formulario.

¿Qué sucede después de que obtenemos su apelación de la queja?

Después de que recibamos su apelación de la queja, le enviaremos una carta dentro de los 15 días hábiles. En la carta, se le informará lo siguiente:

- quién es la persona que está resolviendo su apelación de la queja;
- cuál es la información de contacto de dicha persona;
- si necesitamos más información.

Una o más personas calificadas revisarán su apelación de la queja. Estos revisores están en un nivel superior al de los que tomaron la primera decisión sobre su queja.

Si su apelación de la queja se relaciona con asuntos clínicos, uno o más profesionales de la salud calificados revisarán su caso. Al menos uno de ellos será un colega revisor clínico que no haya estado implicado en la toma de la primera decisión sobre su queja.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días hábiles desde el momento en que tengamos toda la información necesaria. Si un retraso pudiese poner en riesgo su salud, obtendrá nuestra decisión en 2 días hábiles desde que tengamos toda la información necesaria para decidir sobre la apelación. Le proporcionaremos los motivos de nuestra decisión y nuestra fundamentación clínica, si corresponde.

Si aún no está conforme, usted o una persona a su nombre pueden presentar un reclamo en cualquier momento ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.