COMMUNITY HEALTH PLAN of Washington™ | MEDICARE ADVANTAGE

The power of community

Community Health Plan of Washington es un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid del estado de Washington. La inscripción en Community Health Plan of Washington depende de la renovación del contrato.

Apelaciones y reclamos

Community Health Plan of Washington Medicare Advantage Plan 2 (HMO)
Community Health Plan of Washington Medicare Advantage Plan 4 (HMO)
Community Health Plan of Washington Medicare Advantage Freedom Plan (HMO)
Community Health Plan of Washington Dual Complete Plan (HMO D-SNP)
Community Health Plan of Washington Dual Select Plan (HMO D-SNP)

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

Este cuadernillo está diseñado para permitirle comprender lo siguiente:

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

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

¿Qué son las apelaciones y los reclamos?

Las quejas pueden dividirse en dos categorías:

- *Apelaciones* y *reclamos*

Apelaciones

Una *apelación* es cuando desea que volvamos a considerar una decisión que tomamos sobre qué beneficios están cubiertos por su plan o lo que pagaremos.

Por ejemplo, puede presentar una apelación si considera lo siguiente:

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

Reclamos

Un *reclamo* es una queja que presenta si tiene un problema con su proveedor de atención médica o con el servicio que le brindamos. Por ejemplo, presentará un reclamo si tiene alguna inquietud sobre cuestiones como las siguientes:

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

Cómo presentar una apelación

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

En esta sección se explica cómo presentar una *apelación* si tiene quejas sobre la denegación de su cobertura médica o de los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D con un Plan Medicare Advantage (MA) o Dual de CHPW. Se incluyen los siguientes aspectos del proceso:

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

- **¿Cómo presento una apelación?**

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

  Una solicitud de *apelación estándar* debe realizarse por escrito y enviarse a la siguiente dirección:

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

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

Una *apelación rápida* puede presentarse por escrito a la dirección anterior o verbalmente comunicándose al **1-800-942-0247 (TTY 711), entre las 8:00 a.m. y las 8:00 p.m., los 7 días de la semana.** Debe presentar una apelación *acelerada* si su salud o capacidad funcional podría verse gravemente perjudicada por esperar más de 72 horas (3 días calendario) para que se tome una decisión.

También puede enviar un fax con su solicitud al 1-206-652-7011 o entregarla personalmente en la siguiente dirección:

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

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

¿Quién puede presentar una apelación?

Solo el miembro, su representante autorizado, el proveedor que lo atiende o el proveedor de atención primaria (PCP) pueden presentar una *apelación* de la Parte C. En el caso de las *apelaciones* de la Parte D, el miembro, el representante autorizado o el médico que extiende recetas pueden presentar una apelación.

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

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

Las decisiones sobre las *apelaciones aceleradas* se toman en un plazo de 72 horas tras la recepción de la *apelación*. Si determinamos que la *apelación* debe ser estándar, nos comunicaremos de inmediato para informarle nuestra decisión, y luego recibirá un aviso por escrito en un plazo de 2 días calendario. Las decisiones sobre las *apelaciones estándar de redeterminación de cobertura* para medicamentos recetado de la Parte D se toman en un plazo de 7 días calendario. Las decisiones sobre las apelaciones de redeterminación de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D rápidas o aceleradas se toman en un plazo de 72 horas.

¿Cómo funciona el proceso de toma de decisiones?

Paso 1:

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

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

Después de revisar su *apelación*, decidiremos si mantenemos la decisión original o si la cambiamos y le proporcionamos una parte o la totalidad de la atención, los beneficios o el pago que solicitó en la *apelación*.

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

Paso 2:

Si rechazamos una parte o la totalidad de su *apelación* de la Parte C, enviamos su solicitud a una entidad de revisión independiente (IRE) que tiene un contrato con el gobierno federal y no forma parte de CHPW. Puede organización revisará su solicitud y tomará una decisión sobre si debemos brindarle la atención o el pago que desea. Si rechazamos una parte o la totalidad de su *apelación* de la Parte D, tiene la opción de solicitar una revisión independiente.

Paso 3:

Si no está satisfecho con la decisión que tomó la organización de revisión independiente, puede pedirle a un Juez Administrativo (ALJ) que tenga en cuenta su caso y tome una decisión. El ALJ trabaja para el Gobierno Federal.

Paso 4:

Si alguna de las partes (usted o nosotros) no está de acuerdo con la decisión que tomó el ALJ, esa parte puede pedirle a la Junta Departamental de Apelaciones (DAB) que revise su caso. La Junta forma parte del departamento federal que dirige el programa de Medicare.

Paso 5:

Si alguna de las partes (usted o nosotros) no está de acuerdo con la decisión que tomó la DAB y el monto en controversia es $1,460 o más, esa parte puede solicitar una revisión judicial

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

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

Paso 1:

Comuníquese con nosotros (o pídale a alguien que haya autorizado por escrito que se comunique con nosotros) de inmediato para recibir un Aviso de alta y derechos de apelación de Medicare. Este aviso le informará lo siguiente:

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

Paso 2a:

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

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

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

Paso 2b:

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

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

Paso 3:

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

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

Si es paciente en un centro de enfermería especializada (SNF) o está recibiendo servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) o de una agencia de atención médica a domicilio (HHA) y ya no son médicamente necesarios, suspenderemos la cobertura de su hospitalización en el SNF o de los servicios del CORF o la HHA en ese momento. Recibirá un aviso por escrito de parte nuestra o de su proveedor al menos 2 días calendario antes de que finalice su cobertura. Si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto, tiene derecho a solicitar una apelación a través de la QIO que se menciona en el aviso.

- Debe actuar con rapidez y presentar su solicitud a la QIO a más tardar al mediodía del día después de recibir nuestro aviso por escrito.
- Si recibe el aviso y tiene más de 2 días calendario antes de que finalice la cobertura del plan para su hospitalización en el SNF, o los servicios del CORF o la HHA, debe presentar su solicitud a más tardar al mediodía del día anterior a la fecha en que finaliza su cobertura de Medicare.
- La QIO lo entrevistará, analizará su información médica, hablará con su proveedor y revisará la información que proporcionamos. La QIO tomará su decisión en el plazo de un día completo después de recibir la información necesaria.
- Si la QIO está de acuerdo con usted, entonces continuaremos cubriendo su hospitalización en el SNF, o los servicios del CORF o la HHA, por el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Si la QIO rechaza su solicitud y continúa recibiendo atención en un SNF, o servicios de un CORF o una HHA después de la fecha de finalización establecida en el aviso original por escrito que recibió de parte nuestra, será responsable de pagar todos los cargos posteriores a la fecha de finalización de la cobertura.

Paso 1:

Si no cumple con el plazo de solicitud de la QIO, puede solicitar a la QIO una *apelación rápida* de la fecha de finalización de su cobertura para su hospitalización en un SNF, o los servicios de un CORF o una HHA. La QIO revisará su solicitud y tomará una decisión sobre si debemos brindarle la atención o el pago que desea.

- Si ellos revisan su información médica y decidimos que necesita continuar recibiendo estos servicios cubiertos, continuaremos cubriéndolos por el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Tenga en cuenta que, si solicita una apelación rápida y continúa con su hospitalización en el SNF, o los servicios del CORF o la HHA, es posible que tenga que pagar los cargos que reciba luego de la fecha de finalización. Si debe pagar o no depende de la decisión de la QIO.

Cómo presentar un reclamo

Los *reclamos* son quejas que puede tener sobre tipos de problemas que no se relacionan con la cobertura, como los siguientes:

- problemas con la calidad de la atención médica que recibe;
- problemas con nuestro Servicio al cliente;
- problemas con el tiempo de espera al teléfono, en una sala de espera o de examen;

- Problemas para conseguir citas de manera oportuna o con el tiempo de espera para surtir sus recetas;
- comportamiento irrespetuoso o descortés por parte de farmacéuticos, proveedores u otro personal médico;
- limpieza o estado de farmacias, consultorios de proveedores, clínicas u hospitales.

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

¿Cómo presento un reclamo?

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

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

Las *quejas* se pueden presentar verbalmente llamando al **1-800-942-0247 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, o escribiendo a:**

Community Health Plan of Washington
Attn: CHPW MA Grievance Coordinator
1111 3rd Ave, Suite 400
Seattle, WA 98101

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

También puede enviar su *reclamo* por fax al 1-206-652-7010 o entregarla en persona en la siguiente dirección:

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

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

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

¿Quién puede presentar un reclamo?

Puede presentar un *reclamo* por su cuenta o designar a un representante para que presente el *reclamo* por usted. Sin embargo, su proveedor no puede presentar un *reclamo* en su nombre.

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

Por lo general, las solicitudes de *reclamos estándar* se deciden en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su solicitud, pero se pueden extender hasta 44 días si se necesita más información.
Los *reclamos* que se presenten de forma verbal se responden de la misma manera.

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

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

Si presenta un *reclamo* en contra de un proveedor, esa persona tiene la responsabilidad de cooperar en la investigación y proporcionar información, incluidos los registros médicos si fuera necesario.

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

Confidencialidad

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

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

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

Para solicitar una determinación de cobertura o una excepción a la Parte D, comuníquese con Express Scripts al 1-844-605-8168.

Paso 1:

Puede solicitarnos que hagamos una excepción a nuestras normas de cobertura llamando al Departamento de Servicios de Farmacia de CHPW al 1-800-417-8164 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Existen varios tipos de excepciones de cobertura que puede solicitarnos:

- Puede pedirnos que cubramos su medicamento incluso si no se encuentra en nuestro formulario.
- Puede pedirnos que no apliquemos los límites o restricciones de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitar que no apliquemos el límite y que cubramos una cantidad mayor.

- Puede pedirnos que proporcionemos una mayor cobertura para su medicamento. Por ejemplo, si se considera que su medicamento es un medicamento de marca no preferido, puede solicitar que se cubra como tal en su lugar. Esto reduciría el monto del costo compartido que debe pagar por su medicamento.

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

Si se aprueba una solicitud de excepción de cobertura, esta tiene validez durante el resto del año calendario del plan, por lo que será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.

Paso 2:
Si no aprobamos una solicitud de excepción de cobertura, puede apelar la decisión tal como se describió anteriormente en el proceso de *apelaciones*.

Solo para inscritos en el Plan Dual de CHPW

Problemas con sus beneficios de Medicaid

Si tiene problemas o *quejas* sobre sus beneficios de Medicaid, puede comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales y de Salud del estado de Washington. El Departamento de Servicios Sociales y de Salud ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o de facturación. Pueden ayudarlo a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan.

Para comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales y de Salud, comuníquese al 1-800-737-0617 o escriba a la siguiente dirección:

DSHS Constituent Services
P.O. Box 45130
Olympia, WA 98504-5130

Puede ponerse en contacto con su sitio web en: https://www.dshs.wa.gov/

Definiciones relacionadas con las apelaciones:

Apelación: cualquiera de los procedimientos relacionados con la revisión de determinaciones adversas de la organización sobre los servicios de atención médica que un inscrito cree que tiene derecho a recibir, incluida la demora en la provisión, organización o aprobación de los servicios de atención médica (de manera que una demora afectaría negativamente la salud del inscrito), o sobre cualquier monto que el inscrito deba pagar por un servicio según se define en Título 42 del Código de Regulaciones Federales, sección 422.566(b). Estos procedimientos incluyen la reconsideración por parte de la organización MA y, si es necesario, una entidad de revisión independiente, audiencias ante los jueves de derecho administrativo (ALJ), revisión por parte de la Junta Departamental de Apelaciones (DAB) y revisión judicial.

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

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

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

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

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

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

Representante autorizado: toda persona autorizada por un inscrito o un sustituto que actúe de acuerdo con la ley estatal en nombre del inscrito con el fin de obtener una determinación de la organización o

tratar con algún nivel del proceso de apelaciones. Los representantes están sujetos a las normas descritas en la Parte 404, Subparte R, del Título 20 del Código de Regulaciones Federales, a menos que se indique lo contrario en este capítulo del manual.

Definiciones relacionadas con los reclamos:

Determinación adversa de la organización: las determinaciones adversas de la organización son aquellas determinaciones sobre los servicios médicos que un inscrito cree que tiene derecho a recibir, incluida la demora en la provisión, organización o aprobación de los servicios de atención médica (de manera que una demora afectaría negativamente la salud del inscrito), o sobre cualquier monto que el inscrito deba pagar por un servicio. Estos procedimientos incluyen un proceso de reconsideración por parte de la organización MA y, si es necesario, una IRE, audiencias ante los ALJ, revisión por parte de la DAB y revisión judicial.

Estas se apelarán mediante el proceso de reconsideración, no el proceso de reclamos.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): se trata de organizaciones compuestas por proveedores y otros expertos en atención médica bajo contrato con el gobierno federal para supervisar y mejorar la atención brindada a los afiliados a Medicare. Revisan las quejas planteadas por los inscritos sobre la calidad de la atención que proporcionan los médicos, los servicios para pacientes internados de los hospitales, los departamentos para pacientes externos de los hospitales, las salas de emergencia de los hospitales, los centros de enfermería especializada, las agencias de atención médica a domicilio, los planes de CHPW de atención administrada de Medicare y los centros quirúrgicos ambulatorios. Una QIO también revisa las denegaciones continuidad de la hospitalización en centros hospitalarios de cuidados agudos para pacientes internados.

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

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

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

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

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

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

¿Cómo ayudo a detener el fraude en la atención médica?

Este tipo de fraude se apodera del dinero de los programas de atención médica y deja menos dinero para la atención médica. A continuación, se detallan maneras en las que puede ayudar a detener el fraude:

- Informar la pérdida o el robo de su tarjeta del plan de salud.
- Solo compartir el número o la tarjeta del plan de salud a un proveedor de atención médica, una clínica o un hospital cuando esté recibiendo atención, y evitar dar su número de Seguro Social.
- Nunca permitir que otra persona tome prestada su tarjeta del plan de salud ni la use.
- Conserve los registros de sus visitas médicas, lo que incluye las fechas y recibos de las consultas, las declaraciones y las notas de sus consultas.
- Revise su Explicación de beneficios (EOB) cuidadosamente. Infórmenos si observa un cargo por un servicio que no obtuvo o si recibe una factura de un proveedor al que no acudió.
- Destruya sus facturas y registros médicos cuando los deseche.
- Denuncie un posible fraude.

Cómo denunciar un fraude ante CHPW

Para denunciar un posible fraude, visite nuestro sitio web medicare.chpw.org y complete el formulario **Denuncie un posible fraude**. Puede enviarnos su informe a través de los siguientes medios:

- Por correo electrónico a compliance.incident@chpw.org
- Por fax al 206-652-7017 a la atención del funcionario de cumplimiento.
- Por correo en un sobre que indique claramente “Confidencial” a:

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

Si desea realizar la denuncia de manera **anónima**, puede enviarla desde un número de fax o dirección de correo electrónico a través de un servidor proxy. También puede comunicarse con nuestro equipo de Servicio al cliente para completar un **formulario de Denuncia de posible fraude** de manera anónima por teléfono al: **1-800-942-0247, (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.** Le sugerimos seriamente que complete el **formulario de Denuncia de posible fraude** para garantizar que se proporcionen los detalles suficientes a fin de realizar nuestra investigación. Si no tiene acceso a Internet, puede presentar una denuncia sin un formulario, pero asegúrese de incluir los detalles.

Denunciar el fraude ante Medicare o la oficina del inspector general del HHS
Puede denunciar el fraude ante Medicare por teléfono o correo:

Teléfono: 1-800-Medicare/ TTY: 877-486-2048

Correo postal:

Medicare Beneficiary
Contact Center PO Box 39
Lawrence KS, 66044

Puede denunciar el fraude ante la oficina del inspector general del HHS por teléfono, correo o en línea:

Teléfono: 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477)/TTY: 1-800-377-4950

Correo postal:
HHS Tips Hotline
PO Box 23489
Washington, DC 20026-3489

En línea: oig.hhs.gov/fraud/report-fraud/index.asp

Esta información está disponible sin cargo en otros idiomas y formatos alternativos. Llame a nuestro número de teléfono del Servicio al cliente. Los miembros potenciales deben llamar al 1-800-944-1247 (TTY: 711) y los miembros actuales deben llamar al 1-800-942-0247 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.