

## Procedimientos para determinaciones sobre quejas y cobertura

En un plan médico de Medicare se tienen que usar muchos términos y acciones “legales”; Medicare ha fijado muchas leyes (regulaciones) para proteger a sus miembros. Para ayudarlo, hemos tratado de explicar el proceso con términos sencillos.

GEMCare Health Plan (“GHP”) es responsable de llevar cuenta de los casos de quejas y apelaciones que los miembros nos piden que manejemos. Tenemos que enviar esta información a Medicare y a los miembros si la solicitan.

GHP también es responsable de lo rápidamente que debemos revisar un caso. Los plazos de tiempo son una parte importante del proceso. Un plazo es el tiempo que se nos permite para tomar una decisión; los plazos también se basan en lo rápido que debe tomarse una decisión en vista de la condición médica del miembro

Habrán ocasiones en que GHP tal vez tenga que pedir los registros de un miembro para que se tome una decisión correcta en un caso. Sepa que toda la información, decisiones y acciones que se tomen durante nuestra revisión es un asunto privado y protegido, y por ley, no se puede divulgar a terceros

Este documento tiene datos básicos sobre quejas sobre farmacias, redeterminaciones y decisiones sobre cobertura; también debe referirse a su evidencia de cobertura anual para ver más información detallada.

### QUEJAS

Hay diferentes tipos de quejas:

- Quejas generales:
  - El farmacéutico fue maleducado
  - Llamé una y otra vez y nadie contestó el teléfono y me molesté mucho
- Quejas sobre copagos:
  - No me gusta la cantidad de los copagos que ha fijado el plan
- Quejas sobre los beneficios:
  - Sé que tengo que pagar cierta cantidad por esta medicina, pero creo que piden demasiado por esta medicina y debería colocarse en una categoría más baja.
- Quejas sobre la calidad del cuidado:
  - Mi farmacéutico me dio la receta equivocada
  - El farmacéutico me dio información diferente de cómo tomar la medicina de lo que me dijo mi proveedor.
- Quejas sobre una medicina excluida:
  - No creo que esta medicina deba excluirse de la cobertura

También hay diferentes plazos para:

- Normal: GHP debe tomar una decisión tan pronto como lo requiera la salud del miembro, pero no más de 30 días después de recibir la solicitud. GHP puede extender el período hasta 14 días si beneficia al miembro. Los miembros recibirán una carta con el resultado de la queja o de una extensión.

- Acelerado: Esta es una queja sobre la que tiene que tomarse una decisión más rápido que una queja normal (dentro de 24 horas de haber recibido la queja). GHP puede extender el período hasta 14 días si beneficia al miembro. Los miembros recibirán una llamada telefónica primero y luego una carta con el resultado de la queja o de una extensión.
- Una revisión de una queja acelerada “rápida” es válida solo en las siguientes dos situaciones:
  - Si GHP ve necesario prolongar el plazo requerido para conseguir más información para tomar una decisión sobre una receta, y
  - Si GHP (o sus representantes) rehúsa tomar una decisión “rápida” sobre las medicinas recetadas

*[Nota: El miembro (o su representante nombrado) es responsable de someter una queja dentro de 60 días desde lo ocurrido – hay circunstancias especiales en que, por “buena causa” (enfermedad, nuevos datos) un miembro puede someter una queja después de esos 60 días.]*

Algunas quejas no pueden arreglarse; otras sí:

- Supongamos que un miembro se queja porque una farmacia está cerrada los domingos. Tras hablar con la farmacia, descubrimos que planeaba extender el horario e incluir los domingos. La queja se informó, se investigó y se resolvió. GHP “arregló” esta queja.
- Supongamos que un miembro se queja porque nunca hay estacionamiento para los incapacitados en la farmacia; tras hablar con la farmacia, descubrimos que, legalmente, hay suficientes espacios de estacionamiento para los incapacitados y que no se añadirán más espacios. Aunque GHP no pudo “arreglar” la queja, sí informamos e investigamos la situación. Pero sí “resolvimos” el caso porque “trabajamos” en él lo mejor que pudimos.

#### **Para presentar una queja:**

##### **Llame por teléfono al:**

661-716-8800

877-697-2464

TDD/TTY 888-833-9312 para los audioimpedidos

##### **Por correo:**

GEMCare Health Plan

Appeals & Grievance Department

4550 California Avenue, Ste. 100

Bakersfield, CA 93309

##### **Fax:**

661-716-4812

##### **Federal Express:**

GEMCare Health Plan

Appeals & Grievance Department

4550 California Avenue, Ste. 100

Bakersfield, CA 93309

##### **Correo electrónico:**

[PartDcoverage@gemcarehealthplan.com](mailto:PartDcoverage@gemcarehealthplan.com)

## **DETERMINACIÓN DE COBERTURA PART D**

Una solicitud de determinación de cobertura es una en la que debe tomarse una decisión sobre una medicina de Part D. Esto pudiera incluir una excepción del formulario (la medicina solicitada no está en el “formulario” ni en la lista de medicinas aprobadas para el plan) o una excepción de nivel (la medicina solicitada está en el formulario, con un copago más alto de lo que un miembro cree que debería estar). La solicitud de determinación de cobertura la puede hacer el miembro; el representante nombrado del miembro o el proveedor del miembro.

Hay diferentes tipos de determinaciones de cobertura:

- Determinación de pago:
  - Decisión de si se pagará o se proveerá una medicina de Part D. Esto puede basarse en si la medicina está o no está en el formulario, y si no era médicamente necesaria; si la medicina se compró en una farmacia fuera de la red o si tal vez era una medicina excluida.
  - No proveer una determinación de cobertura a tiempo cuando pudiera verse afectada la salud del miembro.
  - Excepciones de nivel (medicinas colocadas en diferentes niveles de copago), cuando un miembro cree que cierta medicina debe estar en un nivel diferente.
  - Cantidades de gastos compartidos – la cantidad que los miembros pagan por una medicina.
  - Excepción de formulario; cuando un miembro cree que cierta medicina deber ser incluida en la lista del formulario, pero no lo está.
  - Cuando una preautorización o un requisito sobre la gestión de utilización (cómo el miembro utiliza el plan que recibió) no ha sido satisfecho por el miembro.

También hay diferentes plazos de tiempo para:

- Apelación normal: Al miembro y al proveedor se les informará de la decisión dentro de 72 horas (3 días) después de que se reciba la solicitud o tan pronto como lo exija la condición médica (dentro de un período que no pone en grave peligro la vida del miembro o su capacidad de recobrar sus funciones al máximo). Si no se pudo tomar una decisión dentro de esas 72 horas, se enviará automáticamente una apelación dentro de 24 horas a una Entidad de revisión independiente para que la revisen y tomen una determinación.
- Acelerada: El miembro y el proveedor creen que la condición médica requiere una revisión acelerada porque si se prolonga podría poner en grave peligro la vida del miembro o se vería afectada su capacidad de recobrar sus funciones al máximo, al miembro y al proveedor se les informará de la decisión dentro de 24 horas (1 día) desde que se recibió la solicitud original. Si no se pudo tomar una decisión dentro de esas 24 horas, se enviará automáticamente una apelación dentro de 24 horas a una Entidad de revisión independiente para que la revisen y tomen una determinación.

### **PROCEDIMIENTO PARA TOMAR UNA REDETERMINACIÓN (Solicitud para que se reevalúe una decisión)**

#### **Redeterminación:**

La solicitud para tomar una redeterminación/apelación es una en la que una determinación de cobertura se denegó (sea completa o parcialmente), pero el miembro está pidiendo que la decisión se vuelva a revisar. El miembro tiene que solicitar la redeterminación dentro de 60 días calendario desde el aviso de denegación, a menos de que haya buena razón por la que la solicitud no se envió dentro de esos 60 días. La solicitud de una redeterminación la puede hacer el miembro, el representante nombrado del miembro, o si el caso es “acelerado”, el proveedor; el proveedor puede solicitar una redeterminación para un caso normal, pero solo si obra como un representante nombrado.

Las redeterminaciones se basan sobre las denegaciones de cobertura (completa o parcialmente)(vea ejemplos de determinación de cobertura arriba).

Como en todos los casos, hay diferentes plazos para revisar y tomar decisiones:

- Normal: GHP debe tomar una decisión tan pronto como lo requiera la salud del miembro, pero a más tardar 7 días calendario después de haberse recibido la solicitud. Los miembros recibirán un aviso escrito sobre el

resultado de la queja. Si no se pudo tomar una decisión dentro de esos 7 días, se enviará automáticamente una apelación dentro de 24 horas a una Entidad de revisión independiente para que la revisen y tomen una determinación.

- **Acelerado:** Esta es una redeterminación que tiene que decidirse rápidamente, dentro de 72 horas después de que se reciba la solicitud. Esta se usa cuando una apelación normal pudiera poner en grave peligro la vida del miembro o su capacidad de recobrar sus funciones al máximo. El proveedor es la persona más indicada para decidir si es apropiado hacer una revisión “rápida” y no una normal. Si no se puede tomar una decisión dentro de esas 72 horas, se enviará automáticamente una apelación dentro de 24 horas a una Entidad de revisión independiente para que la revisen y tomen una determinación.

**Para presentar una determinación o redeterminación de cobertura:**

**Llame por teléfono al:**

661-716-8800

877-697-2464

TDD/TTY 888-833-9312 para los audioimpedidos

**Por correo:**

GEMCare Health Plan

Appeals & Grievance Department

4550 California Avenue, Ste. 100

Bakersfield, CA 93309

**Fax:**

661-716-4812

**Federal Express:**

GEMCare Health Plan

Appeals & Grievance Department

4550 California Avenue, Ste. 100

Bakersfield, CA 93309

**Correo electrónico:**

[PartDcoverage@gemcarehealthplan.com](mailto:PartDcoverage@gemcarehealthplan.com)

**REVISIÓN INDEPENDIENTE (Reconsideración)**

Si se deniega la apelación, completa o en parte, los miembros tienen en derecho de pedir una revisión independiente. La Entidad de revisión independiente (ERI), llamada también la organización de revisión independiente, hace un contrato con el gobierno federal y no es parte del Health Plan. GHP *automáticamente* presenta una apelación a la ERI para una revisión si no se puede decidir dentro del plazo de tiempo indicado por CMS; un miembro, el representante nombrado o proveedor será notificado. Si embargo, si GHP tomó la decisión a tiempo, el miembro (o el representante nombrado) tiene que solicitar que la ERI haga una reconsideración.

Hay diferentes niveles de apelaciones si una o más de las ERI deniega el caso, sea completa o parcialmente, GHP (y el miembro) será notificado. El miembro (del representante nombrado) puede seguir apelando al solicitar otras revisiones, y basándose en las decisiones, continuar apelando hasta llegar a un juez del tribunal federal

<b>Si se deniega, el caso puede presentarse a:</b>	<b>Plazo de tiempo</b>	<b>Cantidad de dinero requerido para que el caso sea “oído”</b>	<b>Plazo de tiempo en que GHP debe cumplir la decisión</b>
MAXIMUS Federal Services - IRE	Normal : 7 días Acelerado 72 horas		GHP tiene que cumplir la decisión desde que reciba el aviso de la decisión. Beneficio normal de medicinas: tan pronto como lo exija la salud del miembro, pero tiene que aprobar/proveer a más tardar 72 horas Acelerado: tan pronto como lo exija la salud del miembro, pero tiene que aprobar/proveer a más tardar 24 horas Pago de medicinas: Aprobar a más tardar 72 horas; pago dentro de 30 días.
Juez de derecho administrativo (JDA)	JDA tomará una decisión lo antes posible. No hay un plazo de tiempo específico.	\${130} en [2010]	GHP tiene que cumplir la decisión desde que reciba el aviso de la decisión. Beneficio normal de medicinas: tan pronto como lo exija la salud del miembro, pero tiene que aprobar/proveer a más tardar 72 horas Acelerado: tan pronto como lo exija la salud del miembro, pero tiene que aprobar/proveer a más tardar 24 horas Pago de medicinas: Aprobar a más tardar 72 horas, pago dentro de 30 días.
Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC por sus siglas en inglés)	MAC tomará una decisión lo antes posible. No hay un plazo de tiempo específico.		GHP tiene que cumplir la decisión que reciba el aviso de la decisión. Beneficio normal de medicinas: tan pronto como lo exija la salud del miembro, pero tiene que aprobar/proveer a más tardar 72 horas Acelerado: tan pronto como

			<p>lo exija la salud del miembro, pero tiene que aprobar/proveer a más tardar 24 horas</p> <p>Pago de medicinas: Aprobar a más tardar 72 horas; pago dentro de 30 días.</p>
Tribunal de Distrito de Estados (juez de un tribunal federal)	La judicatura federal está en control del tiempo que tome para tomar cualquier decisión.	§[1260] en [2010]	<p>GHP tiene que cumplir la decisión desde que reciba el aviso de la decisión.</p> <p>Beneficio normal de medicinas: tan pronto como lo exija la salud del miembro, pero tiene que aprobar/proveer a más tardar 72 horas</p> <p>Acelerado: tan pronto como lo exija la salud del miembro, tiene que aprobar/proveer a más tardar 24 horas</p> <p>Pago de medicinas: Aprobar a más tardar 72 horas; pago dentro de 30 días.</p>

La decisión del juez es final. Ni el miembro ni el Health Plan puede apelar de nuevo.