

DEFINICIONES DE QUEJAS Y APELACIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA

Apelación: Todo procedimiento relacionado con la revisión de una determinación desfavorable sobre los servicios de atención médica que una persona inscrita considera que tiene derecho a recibir, incluyendo demoras para brindar, disponer o aprobar servicios de atención médica (de forma tal que la demora perjudique la salud de la persona inscrita), o sobre cualquier importe que la persona inscrita deba pagar por un servicio. Estos procedimientos incluyen reconsideración de la organización Medicare Advantage (en nuestro caso, GEMCare Health Plan, GHP) y, en caso de ser necesario, de una entidad de revisión independiente, audiencias ante Jueces que entienden en Derecho Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés), revisiones del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC, por sus siglas en inglés) y revisiones judiciales.

Representante designado: Una persona elegida por una persona inscrita o por un tercero, o autorizada conforme las leyes estatales u otras leyes válidas para actuar en nombre de la persona inscrita o tercero involucrado en la apelación. A menos que se indique lo contrario, el representante tendrá todos los derechos y responsabilidades de una persona inscrita o tercero para obtener una determinación de la organización o para participar en cualquiera de los niveles del proceso de apelación.

Reclamo: Toda declaración de disconformidad con un plan de salud de Medicare, un proveedor y lugar de servicio u Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) realizada por una persona inscrita ya sea en forma verbal o por escrito. Puede incluir dudas sobre cómo operan los proveedores o el plan de salud de Medicare, por ejemplo: tiempos de espera, el comportamiento del personal de atención médica, el lugar de servicio, el respeto hacia las personas inscritas, los reclamos sobre el derecho de éstas a recibir servicios o pagos por los servicios que ya recibieron. También incluye la negación del plan de brindar servicios que una persona inscrita considera que debería recibir. Un reclamo podría ser una queja o una apelación, o un solo reclamo podría incluir elementos de ambos. Cada reclamo debe ser manejado según el proceso de queja y/o apelación correcto.

Realización: La revocación de la decisión original del plan de salud de Medicare. Esto podría incluir pagar un reclamo, aprobar y/o brindar un servicio.

Persona inscrita: Para GHP, una persona elegible de Medicare Advantage que ha elegido un plan de Medicare Advantage.

Queja: Todo reclamo o desacuerdo, que no involucre una determinación desfavorable, que indique disconformidad con la forma en que un plan de salud de Medicare o una persona o compañía relacionada brinda servicios de atención médica, independientemente de que pueda tomarse o no alguna medida correctiva. Una persona inscrita puede presentar el reclamo o conflicto, en forma verbal o por escrito, a un plan de salud de Medicare, proveedor o lugar de servicio. Una queja expeditiva también puede incluir un reclamo sobre que un plan de salud de Medicare se negó a resolver en forma expeditiva (decidir rápidamente) una determinación de la organización (decisión original) o reconsideración, o permitió una extensión del marco de tiempo de una decisión original o reconsideración.

Asimismo, las quejas pueden incluir reclamos sobre la puntualidad, exactitud, acceso y/o ubicación de un servicio de salud, procedimiento o artículo que se brindó. Los problemas de quejas también pueden incluir reclamos sobre que un servicio de salud, procedimiento, o artículo cubierto no cumplió con los estándares aceptados para brindar atención médica durante el curso de un tratamiento.

Entidad de revisión independiente: Una compañía independiente contratada por Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) para revisar las decisiones desfavorables del plan de salud de Medicare.

Consulta: Toda solicitud verbal o escrita presentada a un plan de salud de Medicare, proveedor, o centro, sin expresar insatisfacción, por ejemplo, una solicitud de una persona inscrita para recibir información o realizar una acción.

Determinación de la organización: Toda decisión tomada por un plan de salud de Medicare respecto de cualquiera de los siguientes asuntos:

- Pago de servicios temporarios de diálisis renal fuera del área, servicios de emergencia, atención post-estabilización, o servicios necesarios de urgencia.
- Pago de cualquier otro servicio de salud proporcionado por un proveedor, que no sea el plan de salud de Medicare, que la persona inscrita considera que está cubierto por Medicare, o, que en caso de no tener cobertura de Medicare, debieron haber sido proporcionados, dispuestos o reembolsados por el plan de salud de Medicare.
- La negación del plan de salud de Medicare de brindar o pagar los servicios, total o parcialmente, incluyendo el tipo o nivel de servicios, que la persona inscrita considera que el plan de salud de Medicare debería proporcionar o disponer.
- Interrupción de un servicio si la persona inscrita considera que la continuación de los servicios es médicamente necesaria.
- El plan de salud de Medicare no aprobó, proporcionó, dispuso o pagó los servicios de atención médica en forma oportuna, o no notificó en forma oportuna a la persona inscrita una determinación adversa, como por ejemplo una demora que perjudicaría la salud de ésta.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): Una compañía de médicos en ejercicio y otros expertos de la atención médica contratados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que se les brinda a las personas inscritas de Medicare. Las QIO revisan reclamos presentados por las personas inscritas sobre la calidad de la atención prestada por los médicos, los hospitales de internación, los departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, las salas de emergencia de los hospitales, los centros de cuidados especializados de enfermería (SNF, por sus siglas en inglés), las agencias de cuidados médicos en el hogar (HHA, por sus siglas en inglés), los planes de salud de Medicare y los centros quirúrgicos ambulatorios. También revisan rechazos de estadias continuos de personas inscritas que reciben atención en centros hospitalarios de internación para pacientes con enfermedades agudas, como así también la finalización de la cobertura en SNF, HHA y centros de rehabilitación completa para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).

Problema sobre la calidad de la atención: Puede presentar un reclamo sobre la calidad de

la atención a través del proceso para presentar una queja del plan de salud de Medicare y/o una QIO. Una QIO debe determinar si la calidad de los servicios (tanto para pacientes hospitalizados como para pacientes ambulatorios) prestados por un plan de salud de Medicare cumple con los estándares de atención médica profesionalmente reconocidos, incluso si se prestaron servicios de atención médica adecuados y si los servicios se brindaron en ubicaciones correctas.

Reconsideración: El primer paso de una persona inscrita en el proceso de apelación luego de una determinación adversa de la organización; un plan de salud de Medicare o una entidad de revisión independiente puede evaluar nuevamente dicha determinación, las razones sobre las que se basó, y cualquier otra prueba presentada u obtenida.