

Procedimientos para presentar quejas y apelaciones

En un plan de salud de Medicare, existen muchos términos y acciones "legales" que deben utilizarse. Medicare tiene muchas leyes (reglamentaciones) para proteger a sus miembros. Para que sea más fácil de entender, hemos tratado de explicar el proceso en términos sencillos.

GEMCare Health Plan ("GHP") tiene la responsabilidad de llevar registro de los casos de quejas y apelaciones que los Miembros nos piden que manejemos. Debemos comunicar esta información a Medicare y a los miembros si lo solicitan.

GHP también es responsable de la rapidez con la que debemos revisar un caso. Los marcos de tiempo son una parte importante del proceso. Un marco de tiempo es la cantidad de tiempo que podemos utilizar para tomar una decisión y éstos también se basan en cuán rápido la condición médica de un miembro necesita una decisión.

Es posible que algunas veces GHP solicite registros de miembros para que un caso pueda decidirse en forma correcta. Sepa que toda la información, las decisiones y las acciones adoptadas durante nuestra revisión son privadas y están protegidas. Además, por ley, no las podemos revelar a terceros ajenos.

QUEJAS (Reclamos)

Una queja es básicamente un reclamo. Existen diferentes tipos de quejas:

- Quejas generales:
 - El personal de mi médico fue descortés
 - Llamé reiteradamente y nadie atendió el teléfono y estaba muy enojado
 - El médico me habló en un tono inapropiado
- Quejas sobre la calidad de la atención (*son manejadas por el Departamento de Apelaciones y Quejas, con el equipo de Manejo de Calidad de GHP*):
 - Llamé reiteradamente a la línea de enfermeras durante una emergencia médica y nadie atendió el teléfono
 - Fui al médico y no tenía el equipo necesario para realizar los exámenes adecuados para mi problema del corazón
 - Cuando la enfermera me sacó sangre, realmente me dolió. Creo que no tiene capacitación

También hay diferentes marcos de tiempo para:

- Quejas estándar: Se debe tomar una decisión tan rápido como lo requiera la salud del miembro, pero a más tardar a los 30 días consecutivos luego de recibir la solicitud. GHP puede extender el período por 14 días, si es en el mejor interés del miembro. Éstos recibirán una carta informándoles el resultado del reclamo o de

una extensión.

- Queja “rápida” expeditiva: Es una queja que debe decidirse más rápido (dentro de las 24 horas de recibida) que una queja estándar. GHP puede extender el período por 14 días, si es en el mejor interés del miembro. Los miembros primero recibirán una llamada telefónica y luego una carta informándoles el resultado del reclamo o de una extensión.
- La revisión de una queja “rápida” expeditiva sólo es válida en las siguientes dos situaciones:
 - Si GHP consideró necesario prolongar el marco de tiempo requerido para obtener más información para tomar una decisión sobre la atención médica y
 - Si GHP (o sus delegados) se negaron a tomar una decisión "rápida" sobre la atención médica [*Atención: Los miembros tienen la responsabilidad de presentar una queja dentro de los 60 días del reclamo -hay casos especiales (enfermedad, información nueva) en los que un caso podría exceder esos 60 días y aún presentarse una queja.*]

Algunas quejas no tiene solución; otras sí:

- Supongamos que un miembro presenta un reclamo de que un proveedor no tiene citas por la tarde. GHP habla con el proveedor y ahora el consultorio de éste está abierto por la tarde dos veces a la semana. El reclamo se informó, se investigó y se resolvió. GHP “solucionó” este reclamo.
- Supongamos que un miembro presenta un reclamo sobre la falta de estacionamiento frente al consultorio del proveedor. GHP habla con el proveedor pero por más que quiera, el proveedor no puede solucionar la situación del estacionamiento. A pesar de que GHP no pudo “solucionar” el reclamo, informamos e investigamos la situación. Pero sí “resolvimos” el caso porque “trabajamos” lo mejor posible.

Para presentar una queja (reclamo):

Teléfono:

661-716-8800

877-697-2464

Las personas con problemas auditivos pueden utilizar el sistema TDD/TTY llamando al 888-833-9312

Fax:

661-716-4810

Correo electrónico:

AppealGrievance@gemcarehealthplan.com

Por correo:

GEMCare Health Plan

Appeals & Grievance Department

4550 California Avenue, Ste. 100
Bakersfield, CA 93309

Federal Express:

GEMCare Health Plan
Appeals & Grievance Department
4550 California Avenue, Ste. 100
Bakersfield, CA 93309

RECLAMOS O APELACIONES SOBRE SERVICIOS MÉDICOS (Solicitud para revisar nuevamente una decisión)

Los servicios médicos son servicios que corresponden a la cobertura de la Parte A (servicios para pacientes hospitalizados) y a la Parte B (servicios para pacientes ambulatorios/medicamentos de la Parte B). La información para apelar una decisión sobre medicamentos de farmacia/no correspondientes a la parte B se encuentra en un documento separado, debido a que esos casos se manejan de manera diferente.

Siempre que se solicita un servicio médico o se presenta un reclamo, se debe tomar una decisión sobre si se aprueba o se rechaza la presentación o solicitud original. Esa “primera mirada” a la solicitud se denomina una decisión original o una determinación de la organización. Un miembro (o representante designado), proveedor u otra persona que tuviese interés en el caso puede presentar una apelación si considera que la totalidad o una parte de una solicitud fue rechazada por una razón equivocada.

Existen diferentes tipos de apelaciones:

- Apelación por un pago:
 - Un proveedor presentó una factura a GHP para que se abonen servicios médicos ya prestados. El reclamo no se aprobó, pero el miembro/proveedor considera que el reclamo debe pagarse; o bien,
 - El reclamo se pagó pero el miembro considera que le cobraron demasiado por el servicio;
- Apelación sobre la atención médica previa al servicio:
 - El proveedor solicita la aprobación de un procedimiento o tratamiento médico pero es rechazado. Éste considera que debió haber sido aprobado; el miembro o el proveedor presenta una apelación para revisar nuevamente el rechazo.

También hay diferentes marcos de tiempo:

- Apelación estándar por un pago: Se debe tomar una decisión a más tardar a los 60 días consecutivos luego de recibir la solicitud. Los miembros recibirán una carta informándoles el resultado de la revisión.

- Apelación estándar sobre la atención médica previa al servicio: Se debe tomar una decisión tan rápido como lo requiera la salud del miembro, pero a más tardar a los 30 días consecutivos luego de recibir la solicitud. El miembro y el proveedor recibirán una carta informándoles el resultado de la revisión. GHP puede extender la decisión hasta 14 días consecutivos, si se necesita más información y si finalmente beneficiará al miembro. Los miembros recibirán una carta comunicándoles la extensión y que pueden presentar una queja expeditiva. El miembro y el proveedor también recibirán una carta comunicándoles el resultado de la revisión.
- Apelación “rápida” expeditiva: Es una apelación que debe decidirse rápidamente (dentro de las 72 horas) porque una apelación estándar podría poner seriamente en peligro la vida o la salud del miembro o su habilidad para recuperar la función principal. El proveedor del Miembro es la persona más adecuada para decidir si se necesita una revisión "rápida" en lugar de una revisión estándar. GHP puede extender la decisión hasta 14 días consecutivos, si se necesita más información y si finalmente beneficiará al miembro. El miembro y el proveedor recibirán una carta comunicándoles la extensión y que pueden presentar una queja expeditiva. También recibirán una llamada telefónica informándoles la decisión y una carta con el resultado de la revisión. Tenga en cuenta que si ya recibió un servicio y sólo está apelando un pago, no se le puede otorgar una revisión “rápida”.
[Atención: Los miembros tienen la responsabilidad de presentar la apelación dentro de los 60 días del rechazo – existen circunstancias especiales en las que un miembro puede presentarla luego de esos 60 días.]

Para presentar una apelación sobre servicios médicos:

Por teléfono:

661-716-8800

877-697-2464

Las personas con problemas auditivos pueden utilizar el sistema TDD/TTY

llamando al 888-833-9312

[El Representante de Servicios para Miembros puede ayudarlo a completar un formulario para presentarlo.]

Fax:

661-716-4810

Correo electrónico:

AppealGrievance@gemcarehealthplan.com

Por correo:

GEMCare Health Plan

Appeals & Grievance Department

4550 California Avenue, Ste. 100

Bakersfield, CA 93309

Federal Express:

GEMCare Health Plan
Appeals & Grievance Department
4550 California Avenue, Ste. 100
Bakersfield, CA 93309

REVISIÓN INDEPENDIENTE

Si la apelación fue rechazada, total o parcialmente, los miembros tienen derecho a una revisión independiente. La entidad de revisión independiente (IRE, por sus siglas en inglés) también denominada organización, tiene un contrato con el gobierno federal y no es parte de Health Plan. GHP presenta automáticamente una apelación a la IRE para una revisión posterior luego de un rechazo total o parcial. La carta que el miembro reciba contendrá información sobre el rechazo original y le explicará que el caso se derivó a la IRE.

Existen diferentes niveles de apelación si una o más de las IRE rechazan el caso total o parcialmente; GHP (y el miembro) será notificado. El miembro (o el representante designado) puede continuar la apelación pidiendo otras revisiones y, según las decisiones, pueden continuar apelando hasta la instancia de un juez federal.

Si es rechazado, dónde se puede presentar el caso:	Marco de tiempo	Importe en dólares necesario para que un juez considere el caso	Marco de tiempo de GHP para cumplir con la decisión
MAXIMUS (CHDR) – IRE	Pago estándar: 60 días consecutivos		Standard Medical GHP tiene que cumplir con la decisión desde la recepción de la notificación de la decisión.
	Servicio: 30 días consecutivos, más una extensión de 14 días consecutivos si es en el interés de la persona inscrita, o antes si lo garantiza la condición médica de ésta. Expeditivo: 72 horas, más una		Pago: 30 días Servicio: tan rápido como lo requiera la salud del miembro pero se debe aprobar a más tardar a las 72 horas o brindar atención tan rápido como lo requiera su salud, pero a más tardar a los 14 días

	extensión de 14 días consecutivos si es en el interés de la persona inscrita o antes si lo garantiza la condición médica de ésta.		consecutivos luego de recibir la decisión. Expeditivo: tan rápido como lo requiera su salud, pero a más tardar a las 72 horas luego de recibir la solicitud de apelación
Juez que entiende en Derecho Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés)	Un ALJ tomará una decisión lo antes posible. No hay un marco de tiempo específico para tomar la decisión	\$110 para el 2006	GHP tiene que cumplir con la decisión desde la recepción de la notificación de la decisión. Pago: 60 días Servicio: 30 días
Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC, por sus siglas en inglés)	El MAC tomará una decisión lo antes posible. No hay un marco de tiempo específico para tomar la decisión.		GHP tiene que cumplir con la decisión dentro de los 60 días desde la recepción de la notificación de la decisión. GHP puede apelar esta decisión a un tribunal federal.
Tribunal de Distrito de Estados Unidos (juez federal)	La justicia federal controla el tiempo de toda decisión.	\$1090 para el 2006	GHP tiene que cumplir con la decisión dentro de los 60 días desde la recepción de la notificación de la decisión del tribunal federal.

La decisión del juez es final. Ni usted ni Health Plan pueden seguir apelando.