

Procedimientos para presentar quejas y solicitar una determinación de cobertura

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; los marcos de tiempo 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 farmacéutico fue descortés
 - Llamé reiteradamente y nadie atendió el teléfono y era realmente molesto
- Quejas por copagos:
 - No me gusta el importe de los copagos que estableció el plan
- Quejas por el diseño de beneficios:
 - Sé que tengo que pagar un determinado importe por este medicamento, pero creo que lo que están pidiendo por este medicamento en particular es demasiado alto y debería estar ubicado en una categoría inferior.
- Quejas por la calidad de la atención:
 - Mi farmacéutico me dio el medicamento equivocado
 - El farmacéutico me da información sobre cómo debo tomar el medicamento que es diferente a lo que me dijo mi proveedor.
- Quejas por medicamentos excluidos:
 - ¡No creo que este medicamento en particular deba ser excluido de la

cobertura!

También hay diferentes marcos de tiempo para:

- Quejas estándar: GHP debe tomar una decisión tan rápido como lo requiera la salud del miembro, pero a más tardar a los 30 días 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.
- Quejas expeditivas: Es una queja que debe decidirse más rápido (dentro de las 24 horas de recibir la queja) que una queja general. GHP puede extender el período por 14 días, como más le convenga al miembro. Los miembros primero recibirán una llamada telefónica y luego una carta informándoles el resultado del reclamo o de una extensión.
 - Si GHP considera necesario extender el marco de tiempo requerido para obtener información adicional para tomar una decisión sobre un medicamento con receta médica, y
 - Si GHP (o sus delegados) se niegan a tomar una decisión "rápida" sobre los medicamentos con receta médica

[Atención: El miembro (o su representante designado) tiene la responsabilidad de presentar la queja dentro de los 60 días del hecho – existen circunstancias especiales en las que por una "buena causa" (enfermedad, información nueva) un miembro puede presentarla luego de esos 60 días.]

Algunas quejas no tiene solución; otras sí:

- Supongamos que un miembro presenta un reclamo porque una farmacia está cerrada los domingos. Luego de hablar con la farmacia, descubrimos que ésta estaba planeando extender el horario para incluir los domingos. El reclamo se informó, se investigó y se resolvió. GHP "solucionó" este reclamo.
- Supongamos que un miembro presenta un reclamo porque nunca hay lugar disponible para discapacitados en el estacionamiento de la farmacia; luego de hablar con la farmacia, descubrimos que legalmente hay suficientes espacios para discapacitados en el estacionamiento y que no se agregarán más. 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:

PartDcoverage@gemcarehealthplan.com

Por correo:

GEMCare Health Plan
Departamento de Apelaciones y Quejas
4550 California Avenue, Ste. 100
Bakersfield, CA 93309

Federal Express:

GEMCare Health Plan
Departamento de Apelaciones y Quejas
4550 California Avenue, Ste. 100
Bakersfield, CA 93309

DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE LA PARTE D

Una solicitud para la determinación de cobertura implica tomar una decisión inicial sobre un medicamento de la Parte D. Ésta podría incluir una excepción a la lista de medicamentos aprobados (el medicamento solicitado no está en "la lista de medicamentos aprobados" del plan) o una excepción a la categorización (el medicamento solicitado está en la lista de medicamentos aprobados a un copago superior al que el miembro considera que debería pagar). La solicitud para la determinación de cobertura la puede presentar el miembro, su representante designado o un proveedor del miembro.

Existen diferentes tipos de determinaciones de cobertura:

- Determinación del pago:
 - Una decisión sobre si se pagará o brindará un medicamento de la Parte D. Ésta podría basarse en si el medicamento está incluido o no en la lista de medicamentos aprobados, y en caso de no estarlo, si es médicamente necesario; si el medicamento se compró en una farmacia fuera de la red o quizás era un medicamento excluido.
 - No se brindó una determinación de cobertura a tiempo cuando la salud del miembro podría verse afectada.
 - Excepciones a la categorización (medicamentos ubicados en diferentes niveles de copago), cuando un miembro considera que un medicamento debería estar en una categoría diferente.
 - Importes del costo compartido – el importe que los miembros pagan por un medicamento
 - Excepciones a la lista de medicamentos aprobados; cuando un miembro

considera que un medicamento debería estar incluido en la lista de medicamentos aprobados pero no lo está.

- Cuando el miembro no cumplió con los requisitos de una autorización previa o de gestión para la utilización de servicios (cómo un miembro usa el plan que recibe).

También hay diferentes marcos de tiempo para:

- **Apelaciones estándar:** El miembro y el proveedor serán informados de una decisión dentro de las 72 horas (3 días) de recibir la solicitud o tan rápido como lo requiera el problema de salud (dentro de un período que no ponga en grave peligro la vida de un miembro o su habilidad de recuperar la función máxima). Si no se puede tomar una decisión dentro de esas 72 horas, se enviará automáticamente una apelación dentro de las 24 horas a una Entidad de Revisión Independiente para su revisión y determinación.
- **Apelaciones expeditivas:** El miembro y el proveedor consideran que el problema de salud requiere una revisión expeditiva porque esperar más tiempo podría poner en grave peligro la vida del miembro o afectaría su habilidad de recuperar la función máxima. Éstos serán informados de una decisión dentro de las 24 horas (1 día) de recibir la solicitud original. Si no se puede tomar una decisión dentro de esas 24 horas, se enviará automáticamente una apelación dentro de las 24 horas a una Entidad de Revisión Independiente para su revisión y determinación.

PROCESO PARA SOLICITAR UNA REDETERMINACIÓN (Solicitud para revisar nuevamente una decisión)

Redeterminación:

Una solicitud de redeterminación / apelación implica que una determinación de cobertura fue rechazada (total o parcialmente) pero el miembro pide que la decisión sea revisada nuevamente. El miembro debe pedir una solicitud de redeterminación dentro de los 60 días consecutivos desde la notificación del rechazo, a menos que exista una buena razón para no enviar la solicitud dentro de esos 60 días. Una solicitud de redeterminación la puede presentar un miembro, su representante designado o, si el caso es “expeditivo”, el proveedor; éste puede solicitar una redeterminación para un caso estándar, pero sólo si actúa como representante designado.

Las redeterminaciones se basan en los rechazos de determinaciones de cobertura (totales o parciales) (consulte los ejemplos de determinación de cobertura antes mencionados).

Como sucede con todos los casos, hay diferentes marcos de tiempo para las revisiones y decisiones:

- Estándar: GHP debe tomar una decisión tan rápido como lo requiera la salud de un miembro, pero a más tardar a los 7 días consecutivos luego de recibir la solicitud. Los miembros recibirán una notificación por escrito del resultado del reclamo. Si no se puede tomar una decisión dentro de esos 7 días, se enviará automáticamente una apelación dentro de las 24 horas a una Entidad de Revisión Independiente para su revisión y determinación.
- Expeditivas: Es una redeterminación que debe decidirse rápidamente, dentro de las 72 horas de recibir la solicitud. Se utiliza cuando una apelación estándar podría poner seriamente en peligro la vida o la salud de un miembro o su habilidad para recuperar la función principal. Un proveedor es la persona más adecuada para decidir si se necesita una revisión "rápida" en lugar de una revisión estándar. Si no se puede tomar una decisión dentro de esas 72 horas, se enviará automáticamente una apelación dentro de las 24 horas a una Entidad de Revisión Independiente para su revisión y determinación.

Para presentar una determinación de cobertura o redeterminación:

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:

PartDcoverage@gemcarehealthplan.com

Por correo:

GEMCare Health Plan
Departamento de Apelaciones y Quejas
4550 California Avenue, Ste. 100
Bakersfield, CA 93309

Federal Express:

GEMCare Health Plan
Departamento de Apelaciones y Quejas
4550 California Avenue, Ste. 100
Bakersfield, CA 93309

REVISIÓN INDEPENDIENTE (Reconsideración)

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 *automáticamente* presenta una apelación a la IRE para su revisión si un caso no puede ser decidido dentro del período especificado por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). El miembro, su representante designado o el proveedor será notificado. Sin embargo, si GHP tomó la decisión a tiempo, es el miembro (o el representante designado) quien debe solicitar una reconsideración de 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 - IRE	<p>Estándar: 7 días</p> <p>Expeditivo: 72 horas</p>		<p>GHP tiene que cumplir con la decisión desde la recepción de la notificación de la decisión.</p> <p>Beneficio por medicamentos</p> <p>Estándar: tan rápido como lo requiera la salud del miembro, pero se debe aprobar / brindar a más tardar a las 72 horas</p> <p>Expeditivo: tan rápido como lo requiera la salud del miembro, pero se debe aprobar / brindar a más tardar a las 24 horas</p> <p>Pago de medicamentos: Se debe aprobar a</p>

			más tardar a las 72 horas; el pago se debe realizar dentro de los 30 días.
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. Beneficio por medicamentos Estándar: tan rápido como lo requiera la salud del miembro, pero se debe aprobar / brindar a más tardar a las 72 horas Expeditivo: tan rápido como lo requiera la salud del miembro, pero se debe aprobar / brindar a más tardar a las 24 horas Pago de medicamentos: Se debe aprobar a más tardar a las 72 horas; el pago se debe realizar dentro de los 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 desde la recepción de la notificación de la decisión. Beneficio por

			<p>medicamentos</p> <p>Estándar: tan rápido como lo requiera la salud del miembro, pero se debe aprobar / brindar a más tardar a las 72 horas</p> <p>Expeditivo: tan rápido como lo requiera la salud del miembro, pero se debe aprobar / brindar a más tardar a las 24 horas</p> <p>Pago de medicamentos: Se debe aprobar a más tardar a las 72 horas; el pago se debe realizar dentro de los 30 días.</p>
Tribunal federal de Estados Unidos (juez federal)	La justicia federal controla el tiempo de toda decisión.	\$1090 para el 2006	<p>GHP tiene que cumplir con la decisión desde la recepción de la notificación de la decisión.</p> <p>Beneficio por medicamentos</p> <p>Estándar: tan rápido como lo requiera la salud del miembro, pero se debe aprobar / brindar a más tardar a las 72 horas</p> <p>Expeditivo: tan rápido como lo requiera la salud del miembro, pero se debe aprobar /</p>

			brindar a más tardar a las 24 horas Pago de medicamentos: Se debe aprobar a más tardar a las 72 horas; el pago se debe realizar dentro de los 30 días.
--	--	--	---

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