

## DEFINICIONES DE QUEJAS Y APELACIONES SOBRE LOS MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA

**Apelación:** Todo procedimiento relacionado con la revisión de determinaciones adversas de cobertura realizadas por el patrocinador del plan respecto de los beneficios contemplados en la parte de recetas médicas del plan que la persona inscrita considera que tiene derecho a recibir, inclusive retrasos para brindar o aprobar la cobertura del medicamento (cuando una demora perjudicaría la salud de la persona inscrita), o respecto de todo importe que la persona inscrita deba pagar por la cobertura del medicamento. Estos procedimientos incluyen redeterminaciones del patrocinador del plan, reconsideraciones de la entidad de revisión independiente (IRE, por sus siglas en inglés), 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 designada por una persona inscrita o autorizada conforme la ley del estado u otra ley aplicable para actuar en su representación para presentar una queja, obtener una determinación de cobertura o para participar en cualquiera de los niveles del proceso de apelación según las normas de Medicare.

**Reclamo:** Un reclamo puede incluir una queja, una determinación de cobertura, o ambas. También puede incluir una determinación para brindar un subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) o para aplicar una multa por inscripción tardía (LEP, por sus siglas en inglés). Cada reclamo debe ser manejado según el proceso correcto.

**Determinación de cobertura:** Toda decisión tomada por un patrocinador del plan, o en su representación, sobre el pago o los beneficios que una persona inscrita considera que tiene derecho a recibir.

**Realización:** Cumplimiento de una revocación total o parcial de una determinación original adversa de cobertura realizada por un patrocinador del plan. El cumplimiento puede incluir el pago de un reclamo, la autorización de un beneficio o el suministro de éste.

**Persona inscrita:** Una persona elegible de la Parte D que ha elegido un plan de la Parte D que ofrece un patrocinador del plan.

**Queja:** Toda queja o todo conflicto, que no involucre una determinación de cobertura o una determinación de LIS o LEP, que exprese insatisfacción con cualquier aspecto de las operaciones, actividades o comportamiento de un patrocinador del plan de la Parte D, independientemente de si se solicitan acciones disciplinarias. Una queja también puede incluir un reclamo sobre que un patrocinador del plan se negó a acelerar una determinación de cobertura o redeterminación. Las quejas pueden incluir reclamos sobre la puntualidad, conveniencia, acceso y/o ubicación de un producto que se brindó.

**Entidad de revisión independiente (IRE):** Una entidad independiente contratada por Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) para revisar los rechazos de las determinaciones de cobertura efectuados por el patrocinador del plan de la Parte D.

**Consulta:** Toda solicitud verbal o escrita presentada a un patrocinador del plan de la Parte D o a uno de sus contratistas que no incluye una solicitud de determinación de cobertura / de excepción.

**Organización para la Mejora de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés):** Organizaciones 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, las agencias de cuidados médicos en el hogar, los planes de atención administrados por Medicare, los planes de medicamentos con receta médica de la Parte D de Medicare y los centros quirúrgicos ambulatorios. También revisan rechazos de estadías continuos en centros hospitalarios de internación para pacientes con enfermedades agudas, como así también la finalización de la cobertura en centros de cuidados especializados de enfermería (SNF, por sus siglas en inglés), agencias de cuidado médicos en el hogar (HHA, por sus siglas en inglés) y centros de rehabilitación completa para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).

**Problema por la calidad de la atención:** Un problema por la calidad de la atención se puede presentar a través del proceso para presentar una queja del patrocinador del plan 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 patrocinador del plan cumple con los estándares de atención médica profesionalmente reconocidos, incluso si no se prestaron servicios de atención médica adecuados o si se prestaron en ubicaciones no correctas.

**Redeterminación:** El primer nivel del proceso de apelación mediante el cual un patrocinador del plan de la Parte D evalúa nuevamente una determinación adversa de cobertura, las razones sobre las que se basó y cualquier otra prueba presentada u obtenida.