

## Apelaciones y reclamos

### Community HealthFirst MA Plan (HMO) Community HealthFirst Medicare MA Pharmacy Plan (HMO) Community HealthFirst MA Extra Plan (HMO)

Como afiliado del Community HealthFirst Medicare Advantage Plan, usted tiene derecho de expresar una queja ante un problema o una inquietud sobre la atención médica que recibe o su cobertura.

El programa Federal Medicare tiene normas sobre cómo presentar una queja, y cómo debe proceder Community Health Plan of Washington (CHPW) cada vez que se recibe una queja.

Si presenta una queja, esta recibirá un tratamiento imparcial. No se lo desafiliará de su Community HealthFirst Medicare Advantage Plan ni de ninguna manera se lo sancionará por presentar una queja.

La intención de este cuadernillo es ayudarlo a entender lo siguiente:

- Sus derechos cuando tenga una queja.
- Cómo solicitar una *apelación* o presentar un *reclamo* cuando tenga una queja.
- Cómo funcionan los procesos de *apelación* y *reclamo*.

Tomamos sus inquietudes seriamente, las consideramos oportunidades de mejorar la atención y el servicio que brindamos al afiliado.

### ¿Qué son las apelaciones y los reclamos?

Las quejas pueden dividirse en dos categorías:

- *Apelaciones* y
- *Reclamos*

#### Apelaciones

*Apelación* significa que usted desea que reconsideremos una decisión que tomamos sobre los beneficios que cubre su plan, o qué es lo que pagaremos. Por ejemplo, usted puede *apelar* si:

- No aprobamos pagar atención médica que usted considera que debemos cubrir.
- No hemos pagado un procedimiento médico específico, u otro servicio que, según usted cree, deberíamos cubrir.
- No autorizamos el pago de un tratamiento médico o de un medicamento recetado de la Parte D que su proveedor u otro proveedor médico declara clínicamente necesario, y usted cree que su plan cubre dicho tratamiento.
- Si le informan que la cobertura de un tratamiento o servicio del que gozaba, o un medicamento de la Parte D que estaba tomando, se reducirá o se interrumpirá y, en su opinión, esto podría perjudicar su salud.
- Ha recibido atención médica o un medicamento recetado de la Parte D que usted cree que su plan cubría mientras estaba afiliado, pero nos negamos a pagar.
- Nos negamos a pagar un medicamento recetado de la Parte D indicado por su proveedor porque no figura en nuestro formulario.
- No está de acuerdo con la cantidad que le indicamos que pague por un medicamento recetado de la Parte D.
- Existe el requisito de que usted pruebe con otro medicamento antes de que paguemos el medicamento que le indicó su proveedor, o si hay un límite de cantidad o dosis con el que no está de acuerdo.

#### Reclamos

Un *reclamo* es una queja que usted plantea por tener un problema con su proveedor de atención médica o el servicio que le brindamos. Por ejemplo, usted puede hacer un *reclamo* si tiene una inquietud sobre aspectos como los que siguen:

- La calidad de la atención.
- Los tiempos de espera para las consultas o en la sala de espera.

- La conducta de su proveedor.
- La dificultad para comunicarse con alguien por teléfono o para obtener la información que necesita.
- La falta de limpieza o el estado del consultorio de su proveedor; o la poca amabilidad de quienes lo atienden.

## Cómo se presenta una apelación

### Tiene 60 días calendario para presentar su apelación, contados a partir de que se notificó la denegación.

Esta sección explica cómo presentar una *apelación* si tiene quejas sobre la denegación de cobertura médica o de los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D conforme a Community HealthFirst Medicare Advantage Plans. Entre otros aspectos, explica:

- Qué involucra el proceso.
- Cuánto demora la decisión sobre una *apelación*.
- Qué sucede si se rechaza una *apelación*.
- Quejas específicas sobre altas hospitalarias, instituciones de cuidados especiales, y los servicios que prestan los centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios y las agencias de atención a domicilio.

### ¿Cómo presento una apelación?

Hay dos tipos de *apelación*: *estándar* y *rápida* (acelerada).

Una solicitud de *apelación estándar* se hace por escrito y se envía a:

Community Health Plan of Washington  
Atn.: Community HealthFirst Appeals  
1111 Third Avenue, Suite 400  
Seattle, WA 98101

Una *apelación rápida* se puede hacer por escrito a la dirección anterior, o por teléfono al

**1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben marcar: 7-1-1), de 8:00 a. m.**

**a 8:00 p. m. los 7 días de la semana.** Presente una *apelación acelerada* si su salud o su capacidad funcional pueden agravarse de manera seria por esperar nuestra decisión más de 72 horas (3 días calendario).

También puede enviar su apelación por fax al: 1-206-613-8983 o presentarla personalmente en:

Community Health Plan of Washington  
1111 Third Avenue, Suite 400  
Seattle, WA 98101

No olvide aclarar qué tipo de solicitud de *apelación* está presentando, e incluya su nombre, dirección, número de afiliado, motivo de la apelación, y la documentación de respaldo que considere necesario presentar. Puede enviar historias clínicas, notas de proveedores u otros datos que respalden su posición. Llame a su proveedor si necesita información adicional para proceder con su *apelación*.

### ¿Quién puede presentar una apelación?

Solo el afiliado, su representante autorizado, el proveedor que lo trata, o el PCP (proveedor de atención primaria) pueden presentar una *apelación* de la Parte C.

Para *apelaciones* de la Parte D, el afiliado, su representante autorizado, o el médico que receta pueden *apelar*.

### ¿Cuánto demora la decisión sobre una apelación?

Una *apelación estándar* se procesa dentro de: 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de una apelación estándar. El trámite puede prolongarse hasta 44 días calendario si necesitamos más información. Recibirá por escrito nuestra decisión junto con una explicación que la justifique. Si su apelación se refiere al pago de un servicio que ya se le brindó, dentro de 60 días, recibirá nuestra decisión por escrito.

Las decisiones sobre *apelaciones aceleradas* se toman dentro de: 72 horas de haber recibido la *apelación*. Pero si consideramos que la *apelación* debería ser estándar, de inmediato le comunicaremos nuestra decisión por teléfono y, a más tardar, 2 días calendario después, recibirá la notificación escrita.

Las decisiones sobre *redeterminaciones estándar* por la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se toman dentro de los 7 días calendario.

Las decisiones sobre *redeterminaciones rápidas* o *aceleradas* por la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se toman dentro de las 72 horas

## ¿Cómo funciona el proceso?

### Paso 1:

En ambos tipos de *apelación*, la revisión está a cargo de un Coordinador de Reclamos de CHPW. Cada decisión del proceso de apelación corresponde a alguien que no sea quien tomó la decisión sobre la cobertura original. Usted o su proveedor pueden solicitar que se examine su expediente antes y durante el proceso de *apelación*.

El coordinador de reclamos reunirá la información y consultará al personal, especialistas, proveedores y otras partes pertinentes de CHPW antes de tomar una decisión.

Después de revisar su *apelación*, decidiremos mantener nuestra postura original, o cambiarla, es decir, brindarle en forma parcial o total la atención, los beneficios, o el pago que usted solicitó al *apelar*.

Un proveedor profesional del área pertinente de medicina tomará las decisiones sobre *apelaciones* que se refieran a una necesidad médica.

### Paso 2:

En caso de rechazar parte o toda la *apelación* de la parte C, le enviaremos su solicitud a una Entidad de revisión independiente (IRE, por su sigla en inglés), que tenga un contrato con el gobierno federal y no pertenezca a CHPW. Esta entidad revisará su solicitud y decidirá si debemos prestarle la atención o hacer el pago que reclama. Usted tiene la opción de solicitar una revisión independiente si rechazamos su apelación de la Parte D parcial o totalmente.

### Paso 3:

Si no está conforme con la decisión que tomó la organización de revisión independiente, puede solicitar que un juez de derecho administrativo (ALJ, por su sigla en inglés) considere su caso y tome una decisión. El juez es un funcionario del gobierno federal.

### Paso 4:

Si usted o nosotros no estamos de acuerdo con la decisión que tomó el juez, cualquiera de nosotros podrá pedirle al Consejo de Apelaciones (DAB por su sigla en inglés) que revise su caso. El Consejo pertenece al departamento federal que dirige el programa Medicare.

### Paso 5:

Si usted o nosotros no estamos de acuerdo con la decisión que tomó el DAB y el importe cuestionado es de \$1,460 o superior, cualquiera de nosotros podrá pedir, mediante acción civil, una revisión judicial en un tribunal de distrito de los EE. UU.

## Qué hacer si cree que le dan el alta hospitalaria demasiado pronto.

Si, por algún motivo, usted está hospitalizado, recibirá el alta cuando se considere que su permanencia en el hospital ya no es necesaria desde el punto de vista clínico. Por lo general, en ese momento, finaliza la cobertura de su hospitalización. Si cree que le dan el alta demasiado rápido, tiene derecho de pedir la revisión de la fecha de alta:

### Paso 1:

Llámenos (o autorice a un tercero para que nos llame) de inmediato para recibir una Notificación de alta hospitalaria y los Derechos de apelación en Medicare. Esta notificación le indicará:

- El motivo del alta.
- La fecha en que dejaremos de cubrir su permanencia en el hospital.
- Qué hacer si cree que le dan el alta hospitalaria demasiado pronto.
- A quién solicitar ayuda —el nombre y el número de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por su sigla en inglés)— para que revise si el alta es clínicamente apropiada.

### Paso 2a:

Comuníquese con la QIO no más tarde de las 12:00 p. m. del primer día hábil después de que recibió la notificación escrita del alta hospitalaria. Este plazo es muy importante, ya que si lo respeta, podrá permanecer en el hospital después de la fecha de alta sin que deba pagar la hospitalización, y mientras espera la decisión de la QIO.

Pida a la QIO una *revisión rápida* o una *apelación rápida* del alta hospitalaria. La QIO revisará su información médica y decidirá si es clínicamente adecuado que le den el alta el día designado. La decisión de la QIO no tomará más de un día hábil completo después de que se recibió su solicitud y toda la información médica necesaria:

- Si la QIO está de acuerdo con usted, seguiremos cubriendo su hospitalización el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.
- Si la QIO decide que su hospitalización no es clínicamente apropiada, cubriremos su permanencia solo hasta las 12:00 p. m. del día calendario posterior a que la QIO le haya informado su decisión.

#### **Paso 2b:**

Si no cumple con el plazo para la solicitud a la QIO, puede pedirnos una «*apelación rápida*» de su alta. Tenga en cuenta que si nos solicita una *apelación rápida* de su alta hospitalaria, y permanece en el hospital más allá de la fecha de alta, quizás deba pagar la atención médica que reciba después de esa fecha. Si debe pagar o no depende de nuestra decisión:

- Si revisamos su información médica y decidimos que debe permanecer en el hospital, seguiremos cubriendo su atención médica el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.
- En caso de rechazar parte o toda la apelación de la parte C, le enviaremos su solicitud a una organización de revisión independiente que tenga un contrato con el gobierno federal y no pertenezca a CHPW. Esta entidad revisará su solicitud y decidirá si debemos prestarle la atención o hacer el pago que reclama.

#### **Paso 3:**

Usted puede *apelar* cualquier factura de atención médica que reciba, tal como se describe más arriba en el proceso de *apelaciones*.

### **Qué hacer si cree que la cobertura de la institución de cuidados especiales, la agencia de atención a domicilio, o los servicios a cargo de centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios terminan antes de tiempo.**

Si usted es paciente de una institución de cuidados especiales (SNF es su sigla en inglés), o está recibiendo los servicios de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, por su sigla en inglés), o de una agencia de atención a domicilio (HHA, por su sigla en inglés), que ya no son clínicamente necesarios, interrumpiremos en ese momento la cobertura de su permanencia en la SNF, o de los servicios del CORF o la HHA. Usted recibirá una notificación escrita nuestra o de su

proveedor, como mínimo, 2 días calendario antes de que finalice su cobertura. Si usted cree que su cobertura finaliza demasiado pronto, tiene derecho de solicitar una *apelación* a través de la QIO que figura en la notificación.

- Debe actuar con rapidez y solicitarla ante la QIO no más allá de las 12:00 p. m. del día posterior de recibir nuestra notificación escrita.
- Si recibe la notificación y tiene más de 2 días calendario antes de que finalice la cobertura de su plan por la permanencia en una SNF, o los servicios del CORF o la HHA, deberá presentar su solicitud no más allá de las 12:00 p. m. del día anterior a la fecha en que finaliza su cobertura Medicare.
- La QIO se reunirá con usted, analizará sus registros médicos, hablará con su proveedor y revisará la información que nosotros le proporcionamos. En el transcurso de un día hábil completo, después de recibir la información necesaria, la QIO tomará su decisión.
- Si la QIO está de acuerdo con usted, seguiremos cubriendo su permanencia en la SNF, o los servicios del CORF o la HHA el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.
- Si la QIO rechaza su solicitud, y usted sigue recibiendo atención de la SNF, o los servicios del CORF o la HHA después de la fecha de finalización que figura en la notificación escrita que le enviamos, los gastos en que incurra después de que finalice la cobertura correrán por su cuenta.

#### **Paso 1:**

Si no cumple con el plazo para la solicitud de la QIO, puede pedirnos una *apelación rápida* de la fecha de finalización de cobertura de su permanencia en una SNF, o de los servicios del CORF o la HHA. Tenga en cuenta que si nos solicita una *apelación rápida* y permanece en la SNF, o sigue recibiendo los servicios del CORF o la HHA, quizás deba pagar los gastos posteriores a esa fecha. Si debe pagar o no depende de nuestra decisión:

- Si revisamos su información médica y decidimos que estos servicios deben seguir cubiertos, seguiremos cubriéndolos el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.
- En caso de rechazar parte o toda la apelación de la Parte C, le enviaremos su solicitud a una organización de revisión independiente que tenga un contrato con el gobierno federal y no pertenezca a CHPW. Esta entidad revisará su solicitud y decidirá si debemos prestarle la atención o hacer el pago que reclama.

## Presentación de un reclamo

Los *reclamos* son quejas que usted puede tener por inconvenientes que no sean de cobertura, como por ejemplo:

- Problemas con la calidad de la atención médica que recibe.
- Problemas con Servicio al cliente.
- Demasiado tiempo de espera al teléfono, en una sala de espera o en una sala de examen.
- Dificultad para conseguir citas en tiempo razonable, o excesiva demora para que surtan su receta.
- Conducta irrespetuosa o brusca de farmacéuticos, proveedores o un miembro del personal médico.
- Falta de limpieza o estado de una farmacia, el consultorio del proveedor, la clínica o el hospital.

Si usted tiene alguno de estos inconvenientes u otros que no estén directamente relacionados con su cobertura de beneficios, tiene derecho de presentar un reclamo.

## ¿Cómo presento un reclamo?

Intentaremos resolver cualquier reclamo suyo por teléfono. También puede hacer un reclamo por escrito. Todo reclamo que presente por escrito, así como todos los reclamos sobre la calidad de la atención, se responderán por escrito.

Usted puede hacer dos tipos de solicitud de reclamo: estándar y acelerada (rápida). El *reclamo acelerado* se hace *solo* si: CHPW extiende el plazo para tomar una determinación o reconsideración de la organización, o si nos negamos a conceder una solicitud de determinación o reconsideración acelerada.

Los *reclamos* pueden hacerse por teléfono al **1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben marcar: 7-1-1), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los 7 días de la semana**, o por escrito a:

Community Health Plan of Washington  
Atn.: Community HealthFirst Grievance  
Coordinator 1111 Third Avenue, Suite 400  
Seattle, WA 98101

Los reclamos por escrito, así como todos los reclamos sobre la calidad de la atención, se responden por escrito.

Las decisiones sobre reclamos acelerados se toman dentro de las 24 horas de recibida la solicitud.

Las decisiones sobre *reclamos estándar* por medicamentos recetados de la Parte D se toman dentro de los 30 días.

Las decisiones sobre *reclamos acelerados* por medicamentos recetados de la Parte D se toman dentro de las 24 horas.

También puede enviar su *reclamo* por fax al: 1 (206) 613-8983, o presentarla en persona en:

Community Health Plan of Washington  
1111 Third Avenue, Suite 400  
Seattle, WA 98101

No olvide indicar claramente qué tipo de solicitud de *reclamo* está haciendo, e incluya su nombre, dirección, número de afiliado, motivo del *reclamo*, y los datos o documentación que respalden su posición.

También puede enviar su *reclamo* sobre cuestiones de calidad directamente a la QIO.

## ¿Quién puede presentar un reclamo?

Puede presentarlo usted mismo o designar a un representante que presente el *reclamo* por usted. Sin embargo, su proveedor no podrá presentar un *reclamo* en su nombre.

## ¿Cuánto demora la decisión sobre un reclamo?

Por lo general, los *reclamos estándar* se deciden dentro de los 30 días calendario, contados desde el día que recibimos su solicitud, pero el trámite puede prolongarse hasta 44 días calendario si necesitamos más información. Los reclamos que se hacen por teléfono se responden por teléfono.

## ¿Cómo funciona el proceso de decisión sobre un reclamo?

Si usted presenta un *reclamo* ante nosotros, el coordinador de reclamos reunirá información de usted y de otras partes relevantes.

Si presenta un *reclamo* que involucre a un proveedor, será responsabilidad de este cooperar con la investigación y brindar información, lo cual incluye, si fuera necesario, su historia clínica.

Finalizada la revisión, informaremos oralmente nuestra decisión sobre los reclamos recibidos en forma oral, y por escrito, nuestra decisión sobre los reclamos recibidos por escrito, así como todos los reclamos sobre la calidad de la atención. Nuestra explicación incluirá las justificaciones de lo que hemos decidido.

### Confidencialidad

Todas las *apelaciones* y *reclamos* tendrán carácter confidencial conforme a las normas estatales, locales y federales sobre divulgación de la información. Todos los empleados de CHPW y los terceros administradores, y socios comerciales de CHPW están sujetos a las normas de confidencialidad de CHPW. Solos las partes que tienen autoridad para revisar nuestros archivos de *apelaciones* y *reclamos* podrán acceder a la documentación reunida.

### Determinación sobre cobertura en farmacias y solicitud de excepción para medicamentos recetados cubiertos.

Una determinación de cobertura es el primer paso para solicitar que se resuelva sobre un beneficio de medicamento recetado de la Parte D. Cuando tomamos una determinación de cobertura, estamos decidiendo si pagamos o no pagamos un medicamento de la Parte D, y la parte que le corresponde pagar a usted. Usted tiene derecho de solicitar una excepción si considera que necesita un medicamento que no figura en nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario), o si cree que debe comprar un medicamento a un costo menor. Si solicita una excepción, su médico debe presentar una declaración que respalde su solicitud.

Para solicitar una determinación de cobertura o una excepción a la Parte D, llame al ESI al 1-800-417-8164.

#### Paso 1:

Puede solicitarnos una excepción a nuestras normas de cobertura llamando a los Servicios de farmacia de CHPW, 1-800-417-8164, (los usuarios de TTY deben marcar: 7-1-1), de 8:00 a. m.

a 8:00 p. m. los 7 días de la semana. Varios son los tipos de excepción de cobertura que puede solicitarnos:

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no figure en nuestro formulario.
- Puede pedirnos que dejemos sin efecto las restricciones o los límites de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que dejemos sin efecto el límite y que cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que elevemos el nivel de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, si se considera que su medicamento es de una marca no preferida, puede solicitar que se lo cubra como un medicamento de marca preferida. Esto bajaría su costo compartido.

Por lo general, solo aprobaremos su solicitud de una excepción de cobertura si los medicamentos alternativos o los medicamentos de nivel más bajo que incluye el formulario del plan no fueran tan eficaces para tratar su afección y/o causaran efectos clínicos adversos.

Si una solicitud de excepción de cobertura se aprueba, tendrá validez por el resto del año calendario del plan, en tanto su médico siga recetándole el medicamento, y la droga siga siendo segura y eficaz para su afección.

#### Paso 2:

En caso de que rechacemos un pedido de excepción de cobertura, podrá apelar la decisión tal como se explica más arriba en el proceso de apelaciones.

### Definiciones relativas a apelaciones:

**Determinación adversa de la organización:** la decisión de CHPW de denegar, modificar, reducir o suspender el pago, la cobertura, autorización o provisión de servicios o beneficios de atención médica, entre ellos, la admisión o la permanencia en una institución médica.

**Apelación:** cualquier procedimiento en el que se revisen determinaciones adversas de la organización relativas a servicios de atención médica que un afiliado cree que tiene derecho a recibir, lo cual incluye la demora en la provisión, gestión o aprobación de servicios de atención médica (de tal manera que perjudicaría la salud del afiliado), o relativas a los montos que debe pagar el afiliado por un servicio, según lo define el título 42 del Código de Regulaciones Federales 422.566(b). Estos procedimientos incluyen la reconsideración por parte de la organización de Medicare Advantage (MA) y, si es necesario, de una entidad de revisión independiente, audiencias ante jueces de derecho administrativo (ALJ), la revisión del Consejo de Apelaciones (DAB) y una revisión judicial.

**Cesionario:** un médico u otro proveedor no contratado que ha prestado un servicio al afiliado y que formalmente acepta renunciar a cualquier derecho de pago por parte del afiliado por ese servicio.

**Representante autorizado:** cualquier persona autorizada por el afiliado, o un sustituto que actúa según la ley estadual en nombre del afiliado, para obtener una determinación de la organización, o hacerse cargo en cualquier etapa del proceso de *apelaciones*. Los representantes están sujetos a las normas que se describen en el título 20 del Código de Reglamentaciones Federal, Parte 404, Subparte R, salvo que se indique lo contrario en este capítulo del manual.

**Realización:** cumplimiento de la revocación de la determinación adversa original de CHP. El cumplimiento puede implicar el pago de un reclamo, la autorización de un servicio o la prestación de servicios.

**Entidad de revisión independiente (IRE):** una entidad independiente que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) contratan para revisar la denegación de las determinaciones de cobertura de las organizaciones de Medicare Advantage. Actualmente, esta organización es MAXIMUS Federal Services, Inc.

**Determinación de la organización:** toda decisión que toma una organización de Medicare Advantage, o que se toma en su nombre, relativa al pago o a los servicios a los que un afiliado

considera que tiene derecho.

**Reconsideración:** el primer paso de un afiliado en el proceso de *apelación*; una organización de Medicare Advantage o una entidad de revisión independiente puede volver a evaluar una determinación adversa de la organización, las conclusiones en las que se basó y toda otra evidencia que se presentó u obtuvo.

## Definiciones relativas a reclamos:

**Determinación adversa de la organización:** las determinaciones adversas de la organización son aquellas decisiones sobre servicios de atención médica que un afiliado considera que tiene derecho a recibir, lo cual incluye la demora en la provisión, gestión o aprobación de servicios de atención médica (de tal manera que perjudicaría la salud del afiliado), o relativas a los montos que debe pagar el afiliado por un servicio. Estos procedimientos incluyen la reconsideración por parte de la organización de Medicare Advantage y, si es necesario, de una entidad de revisión independiente, audiencias ante jueces de derecho administrativo, la revisión del Consejo de Apelaciones y una revisión judicial. La apelación se haría a través del proceso de reconsideración, no del proceso de *reclamo*.

**Reclamo:** Toda queja o disputa que no involucre una determinación adversa de la organización (vea la definición anterior), que exprese disconformidad con la manera en que CHP o su entidad delegada brinda servicios de atención médica, independientemente de que se tome alguna medida correctiva. En forma oral o escrita, un afiliado puede presentar el reclamo o la disputa ante CHP, un proveedor o una institución. El *reclamo* también puede incluir la queja de que CHP se negó a acelerar una determinación o reconsideración de la organización, o que alegó una prórroga a los plazos de una determinación o reconsideración de la organización.

Además, los *reclamos* pueden incluir quejas sobre plazos, viabilidad, posibilidad de acceso y/o establecimiento de un servicio, procedimiento o elemento de salud. Además, los asuntos del *reclamo* pueden incluir quejas de que un procedimiento o elemento de servicio de salud cubierto durante el curso de un tratamiento no cumplió las normas aceptadas para la prestación de atención médica. Otras cuestiones incluyen, entre otros, aspectos de relaciones interpersonales, como la falta de amabilidad

de un proveedor o empleado, la violación de normas de privacidad o la no observancia de los derechos del afiliado.

Los *reclamos* por posibles problemas con la calidad de atención se procesarán de acuerdo con la Política y Procedimiento de Quejas sobre la Calidad de la Atención de CHPW.

**Reclamo acelerado:** si un afiliado presenta un *reclamo* por una determinación de servicio inicial acelerada o una solicitud de *apelación acelerada* que se cursó como un proceso estándar, en lugar de acelerado, el *reclamo* deberá tratarse como un *reclamo acelerado* y procesarse dentro de las 24 horas. Si se trata de una solicitud acelerada de medicamento recetado de la Parte D que se rechazó, el *reclamo acelerado* se procesará dentro de las 24 horas.

**Queja:** toda expresión oral o escrita de disconformidad de un afiliado con una organización de Medicare Advantage, proveedor, institución o QIO. Esto puede incluir las inquietudes sobre la tarea de proveedores, aseguradoras u organizaciones de Medicare Advantage, como los tiempos de espera, la actitud del personal que brinda la atención médica, la adecuación de las instalaciones y el respeto por el afiliado, los reclamos asociados con el derecho del afiliado de recibir servicios o recibir pago por los servicios prestados anteriormente. Además, incluye la negativa de la organización de Medicare Advantage a brindar servicios a los cuales el afiliado considera que tiene derecho. Una queja puede ser un *reclamo* o una *apelación*; incluso, una sola queja puede ser ambas cosas. Cada queja se manejará conforme al proceso correspondiente de *reclamo* o de *apelación*.

**Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO):** son las organizaciones formadas por proveedores profesionales y otros expertos de la atención médica contratados por el gobierno federal para supervisar y mejorar la atención que se brinda a los afiliados de Medicare. Revisan las quejas que presentan los afiliados sobre la calidad de la atención que brindan los médicos, los hospitales, los centros para pacientes ambulatorios, las salas de emergencia, las instituciones de cuidados especiales, las agencias de atención a domicilio, los planes de CHPW gestionados por Medicare y los centros quirúrgicos ambulatorios. Además, una QIO revisa las negativas a seguir cubriendo la hospitalización en instituciones para pacientes críticos.



**Problemas con la calidad de la atención:** un problema con la calidad de la atención se puede presentar a través del proceso de *reclamo* de la organización de Medicare Advantage y/o una QIO. Una QIO deberá determinar si la calidad de los servicios (esto incluye servicios a pacientes hospitalizados y ambulatorios) que brinda una organización de Medicare Advantage cumple con las normas de atención médica reconocidas profesionalmente, lo cual contempla si se brindaron o no los servicios de atención médica adecuados en instituciones no apropiadas.

Los *reclamos* sobre posibles problemas con la calidad de la atención se procesarán de acuerdo con la Política y Procedimiento de Quejas sobre la Calidad de la Atención de Community Health Plan of Washington.

**¿Cómo puedo ayudar a detener el fraude en la atención médica?** El fraude en la atención médica le quita dinero a los programas de salud, y empobrece la atención. Algunas formas en que puede ayudar a detener el fraude:

- Denuncie la pérdida o el robo de su tarjeta del plan de salud.
- Entréguele su tarjeta o su número de plan de salud únicamente al proveedor de atención médica, la clínica o el hospital en que lo atienden, y sea cauteloso a la hora de informar su número de seguro social.
- Nunca preste ni permita que usen la tarjeta de su plan de salud.
- Conserve registros de sus consultas médicas —esto incluye las fechas, recibos, declaraciones, y sus notas—
- Revise detenidamente la Explicación de Beneficios (EOB es su sigla en inglés). Infórmenos si detecta un cargo por un servicio del que no goza, o recibe una factura de un proveedor que no lo atendió.
- Destruya sus facturas y documentos médicos cuando los deseche.
- Denuncie un posible fraude.

### **Cómo denunciar un fraude ante Community Health Plan of Washington**

Puede denunciar un fraude visitando nuestro sitio web en [www.healthfirst.chpw.org](http://www.healthfirst.chpw.org) y completando el formulario

**Denuncia de posible fraude.** Envíenos su denuncia:

- Por correo electrónico a [compliance.incident@chpw.org](mailto:compliance.incident@chpw.org)
- Por fax dirigido al «Oficial de cumplimiento» al 206-652-7017
- Por correo postal en un sobre en el que indique claramente «Confidencial» para:

#### **Oficial de cumplimiento**

Community Health Plan of Washington 1111 Third Avenue,  
Suite 400 Seattle WA, 98101

Si desea hacer su denuncia en forma **anónima**, puede enviarla desde un número de fax o correo electrónico alternativo. También puede comunicarse con nuestro Servicio al cliente para completar un formulario de Denuncia de posible fraude en forma anónima y por teléfono al **1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben marcar: 7-1-1), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los 7 días de la semana.** Por favor, complete un formulario de Denuncia de posible fraude para cerciorarnos de tener detalles suficientes para nuestra investigación. Si no tiene acceso a Internet, puede denunciar sin formulario, pero no deje de dar detalles.

### **Denuncia de fraude ante Medicare o la Oficina del Inspector General del HHS (sigla en inglés para Departamento de Salud y Servicios Humanos)**

Puede denunciar un fraude a Medicare por teléfono o correo postal:

**Teléfono:** 1-800-Medicare/ TTY: 877-486-2048

#### **Correo postal:**

Medicare Beneficiary Contact Center PO Box 39  
Lawrence KS, 66044

Puede denunciar un fraude ante la Oficina del Inspector General del HHS por teléfono, correo postal o por Internet:

**Teléfono:** 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477)/ TTY: 1-800-377-4950

**Correo postal:**

HHS Tips Hotline PO Box 23489  
Washington, DC 20026-3489

**Por Internet:** <http://oig.hhs.gov/fraud/report-fraud/index.asp>

Community Health Plan of Washington es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare Advantage. La inscripción en Community Health Plan of Washington depende de la renovación del contrato. Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de servicio al cliente: 1-800-942-0247 (o por TTY al 7-1-1), los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. si necesita más información.

Community Health Plan of Washington es un plan de salud (HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en los planes de Community Health Plan of Washington Medicare Advantage está sujeta a la renovación del contrato. Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro servicio al cliente al número 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben marcar 7-1-1), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana para obtener más información.