

Qué hacer si tiene quejas sobre sus beneficios de medicamentos recetados Parte D

¿Qué hacer si tiene quejas?

Le invitamos a dejarnos saber enseguida si tiene preguntas, preocupaciones o problemas sobre su cubierta de medicamentos recetados. Puede llamar a Servicio al Cliente al teléfono que aparece en la portada de este folleto.

Esta Sección contiene las reglas para someter quejas en diferentes situaciones. La Ley Federal garantiza su derecho a someter quejas si tiene preocupaciones o problemas con cualquier parte de su cuidado como afiliado del plan. El programa Medicare ha ayudado a establecer las reglas sobre lo que tiene que hacer para someter una queja y lo que se nos requiere hacer a nosotros cuando recibimos una queja. Si usted somete una queja, tenemos que tratarla de forma justa. A usted no se le puede desafiliar de American Health Medicare Clásico ni penalizar de ninguna forma por hacer una queja.

Una queja será tratada como una querrela, una determinación de cubierta o una apelación dependiendo del objeto de la queja.

Una querrela es cualquier queja que no envuelva una determinación de cubierta. Usted somete una querrela si tiene cualquier tipo de problema con American Health Medicare o una de las farmacias de nuestra red que no se relacione con la cubierta de medicamentos recetados.

Siempre que usted pida un beneficio de medicamentos recetados Parte D, el primer paso se llama solicitud de determinación de cubierta. Si su doctor o farmacéutico le dice que cierto medicamento recetado no está cubierto, usted deberá comunicarse con nosotros si desea solicitar una determinación de cubierta. Para más información sobre determinación de cubierta y excepciones, vea la Sección “Cómo solicitar una determinación de cubierta” más adelante.

Un apelación es cualquiera de los procedimientos que tiene que ver con la revisión de una determinación de cubierta desfavorable. **Usted no puede solicitar una apelación si nosotros no hemos emitido una determinación de cubierta.** Si emitimos una determinación de cubierta desfavorable, usted puede someter una apelación llamada “re-determinación” si desea que reconsideremos y cambiemos nuestra decisión. Si nuestra decisión de re-determinación es desfavorable, usted tiene derechos adicionales de apelación. Para más información sobre apelaciones, vea la Sección “Cómo solicitar una apelación” más adelante.

¿Cómo solicitar una determinación de cubierta?

En esta sección explicamos lo que puede hacer si tiene problemas obteniendo los medicamentos recetados que cree que debemos proveer y desea solicitar una determinación de cubierta. Usamos la palabra “proveer” en sentido general par incluir cosas como autorizar medicamentos recetados, pagar por medicamentos recetados, o continuar proveyendo un medicamento recetado de la Parte D que usted ya ha estado recibiendo.

¿Qué es una determinación de cubierta?

La determinación de cubierta hecha por American Health Medicare Clásico es el punto de partida para tramitar las solicitudes que pueda tener sobre cubierta o pago de medicamentos recetados de la Parte D. Si su doctor o farmacéutico le dice que cierto medicamento recetado no está cubierto usted debe comunicarse con American Health Medicare Clásico y pedirnos una determinación de cubierta. Con esta decisión, nosotros explicamos si proveeremos o no el medicamento recetado que usted solicita o si pagaremos por un medicamento recetado que ya recibió. Si denegamos su solicitud, (esto a veces se conoce como “determinación adversa de cubierta”), usted puede “apelar” la decisión avanzando al Nivel 1 de Apelación (ver abajo). Si nosotros no hacemos una determinación de cubierta a tiempo, su solicitud se enviará automáticamente a una entidad independiente de revisión (vea Nivel de Apelación 2 más adelante).

Los siguientes son ejemplos de determinación de cubierta:

- Usted nos pide que paguemos por un medicamento recetado que ya recibió. Esto es una solicitud de determinación de cubierta sobre pago. Usted puede llamarnos al **1-888-620-1919 (TTY/TDD: 1-866-620-2520)** para asistencia en hacer su solicitud.
- Usted pide un medicamento recetado de la Parte D que no está en la lista de medicamentos cubiertos del originador de su plan (llamado “formulario”). Esto es una solicitud de “excepción de formulario”. Usted puede llamar a American Health Medicare al 1-888-620-1919 (TTY/TDD: 1-866-620-2520) para solicitar este tipo de decisión. **Vea “Qué es una excepción” más adelante para más información sobre el proceso de excepciones.**
- Usted pide una excepción a nuestras herramientas de manejo de utilización – tales como autorización previa, límites de dosificación, o límites de cantidad. La solicitud de una excepción a las herramientas de manejo de utilización es un tipo de excepción de formulario. Usted puede llamarnos al 1-888-620-1919 (TTY/TDD: 1-866-620-2520) para solicitar este tipo de decisión. **Vea “Qué es una excepción” más adelante para más información sobre el proceso de excepciones.**
- Usted pide un medicamento recetado de la Parte D no preferido a un nivel preferido de porción de costo. Esto es una solicitud de “excepción de nivel”. Usted puede llamarnos al 1-888-620-1919 (TTY/TDD: 1-866-620-2520) para solicitar este tipo de decisión. **Vea “Qué es una excepción” más adelante para más información sobre el proceso de excepciones.**

- Usted pide que le reembolsemos por un medicamento que usted compró en una farmacia fuera de la red. En ciertas circunstancias, las compras fuera de la red, incluyendo medicamentos provistos en la oficina del médico, están cubiertos por el plan. Vea **“Despacho de recetas fuera de la Red”** para una descripción de estas circunstancias. Puede llamarnos al 1-888-620-1919 (TTY/TDD: 1-866-620-2520) para solicitar el pago o cubierta de medicamentos provistos por una farmacia fuera de la red o en la oficina del médico.

¿Qué es una excepción?

Una excepción es un tipo de determinación de cubierta. Usted puede pedirnos que hagamos una excepción a nuestras reglas de cubierta en ciertas situaciones.

- Puede pedirnos que cubramos su medicamento aunque no esté en nuestro formulario. Los medicamentos excluidos no pueden estar cubiertos por un plan Parte D a menos que la cubierta sea mediante un plan ampliado.
- Puede pedirnos que lo relevemos de restricciones de cubierta o límite en sus medicamentos. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, nosotros limitamos la cantidad de medicamento que cubrimos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que lo relevemos del límite y cubramos más cantidad.
- Puede pedirnos que proveamos un nivel mayor de cubierta para su medicamento. Si su medicamento se encuentra en nuestro nivel de no-preferido/más alto y sujeto al proceso de excepción de nivel, puede pedirnos que lo cubramos por la cantidad de costo compartido que aplica a medicamentos en el nivel preferido/más bajo sujeto al proceso de excepción de nivel. Esto bajaría la cantidad de co-aseguro/co-pago que usted tiene que pagar por el medicamento. Tenga en mente que si concedemos su pedido de cubierta para un medicamento que no está en nuestro formulario, usted no puede pedirnos que le proveamos un nivel más alto de cubierta para el medicamento.

Por lo general, solamente aprobaremos su solicitud para excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, o el medicamento de nivel no-preferido/más alto sujeto al proceso de excepción de nivel no sería efectivo para tratar su condición y/o le causaría efectos médicos adversos.

Su médico tiene que someter una declaración respaldando su solicitud de excepción. Para ayudarnos a tomar una decisión más rápido, usted deberá incluir información médica de respaldo provista por su doctor cuando someta su solicitud de excepción.

Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación es válida por el resto del año del plan, siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y éste continúe siendo seguro y efectivo para tratar su condición. Si denegamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Nota: Si aprobamos su solicitud de excepción para un medicamento fuera de formulario, no puede pedir una excepción a la cantidad de co-pago o co-aseguro que le requerimos pagar por su medicamento.

¿Quién puede solicitar una determinación de cubierta?

Usted mismo puede solicitar una determinación de cubierta, o el doctor que le receta o alguien más hacerlo en su nombre. La persona que usted nombre sería su *representante designado*. Puede nombrar a un familiar, amigo, procurador, doctor u otra persona para actuar en su nombre. Puede que otras personas ya estén autorizadas por la ley estatal para actuar en su nombre. Si usted desea que alguien actúe en su nombre, usted y esa persona tendrán que firmar y fechar una declaración que le de a la persona autoridad legal para actuar como su representante designado. Esta declaración deberá enviarse a nosotros a: American Health Medicare, Metro Office Park, Lote 18, Suite 300, Guaynabo, Puerto Rico 00966. Puede llamarnos al 1-888-620-1919 (TTY/TDD: 1-866-620-2520) para saber cómo nombrar su representante designado.

Usted también tiene derecho a que un abogado pida una determinación de cubierta en su nombre. Puede comunicarse con su propio abogado u solicitar el nombre de un abogado del Colegio de Abogados u otro servicio de referencia. También hay grupos que le brindan asistencia legal gratis, si cualifica.

Solicitando una determinación de cubierta “estándar” o “rápida”.

¿Tiene una solicitud de medicamento recetado por la Parte D que necesita decidirse más rápido que lo normal?

Una decisión sobre si cubriremos o no un medicamento recetado Parte D puede ser una determinación de cubierta “estándar” que se hace dentro de un tiempo estándar (típicamente dentro de 72 horas; vea abajo), o puede ser una determinación de cubierta “rápida” que se hace más pronto (típicamente dentro de 24 horas; ver abajo). Una decisión rápida a veces es llamada una “determinación de cubierta expedita”.

Usted puede pedir una decisión rápida **solamente** si usted o su doctor cree que esperar por una decisión estándar podría afectar seriamente su salud o su habilidad para funcionar. (Las decisiones rápidas aplican sólo a solicitudes para medicamentos por la Parte D que usted aún no ha recibido. No puede obtener una decisión rápida si está solicitando el pago de medicamento recetados por la Parte D que ya recibió.)

Solicitando una decisión estándar

Para solicitar una decisión estándar, usted, su doctor, o su representante designado debe llamar al 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). O puede entregar una solicitud por escrito en American Health Medicare, Metro Office Park, Lote 18, Suite 300, Guaynabo, Puerto Rico 00966; o enviarla por fax al 787-620-0931. Si está haciendo su solicitud **fuera de horas laborables de la semana**, llame al 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520).

Solicitando una decisión rápida

Usted, su doctor, o su representante designado puede pedirnos que hagamos una decisión rápida (en lugar de una estándar) llamando al 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) O puede entregar una solicitud por escrito en American Health Medicare, Metro Office Park, Lote 18, Suite 300, Guaynabo, Puerto Rico 00966; o enviarla por fax al 787-620-0931. Si está haciendo su solicitud **fuera de horas laborables de la semana**, llame al 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Asegúrese de pedir una decisión “rápida”, “expedita” o “de 24 horas”.

- Si su doctor pide una decisión rápida por usted, o le apoya cuando usted pida una, y el doctor indica que esperará por una decisión estándar podría afectar seriamente su salud o habilidad de funcionar, nosotros le daremos una decisión rápida automáticamente.
- Si usted pide una determinación de cubierta rápida sin apoyo de su doctor, nosotros decidiremos si su salud requiere una decisión rápida. Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una determinación de cubierta rápida, le enviaremos una carta informándole que si recibimos el apoyo de su doctor para una decisión rápida, automáticamente se la daremos. La carta también le indicará cómo someter una “querrela” si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar su solicitud para una revisión rápida. Si denegamos su solicitud para una determinación de cubierta rápida, le daremos nuestra decisión dentro del periodo normal de 72 horas.

¿Qué sucede cuando solicita una determinación de cubierta?

Lo que sucede, incluyendo cuán rápido debemos decidir, depende del tipo de decisión.

1. Para una determinación de cubierta estándar sobre medicamentos recetados por la Parte D, que incluye una solicitud sobre pago de medicamento recetados por la Parte D que ya recibió.

Generalmente, tenemos que darle una decisión no más tarde de 72 horas de haber recibido su solicitud, pero lo haremos antes si su condición de salud lo requiere.

Sin embargo, si su solicitud conlleva un pedido de excepción (incluyendo excepción de formulario, excepción de nivel, o excepción de reglas de manejo de utilización – tales como límite de dosis o cantidad), tenemos que darle una decisión no más tarde de 72 horas de haber recibido la “declaración de apoyo” de su doctor explicando por qué el medicamento que pide es médicamente necesario. Si está solicitando una excepción, debe someter la declaración de apoyo del doctor que receta junto con su solicitud, si es posible.

Si usted no ha recibido una respuesta dentro de 72 horas de nosotros recibir su solicitud, su solicitud automáticamente irá al Nivel 2 de Apelación, donde una organización independiente revisará su caso.

2. Para una determinación de cubierta rápida sobre medicamentos Parte D que no ha recibido.

Si usted pide una “decisión rápida”, le daremos nuestra decisión dentro de 24 horas después que usted o su doctor pida una revisión rápida si su salud lo requiere. Si su solicitud

envuelve un pedido de excepción, le daremos nuestra decisión no más tarde de 24 horas después de recibir la “declaración de apoyo” de su doctor, que explica por qué el medicamento fuera de formulario o no preferido que solicita es médicamente necesario.

Si decidimos que usted es elegible para una revisión rápida y usted no ha recibido una respuesta dentro de 24 horas de nosotros recibir su solicitud, su solicitud automáticamente irá al Nivel 2 de Apelación, donde una organización independiente revisará su caso.

¿Qué pasa si decidimos completamente a su favor?

Si hacemos una determinación de cubierta completamente a su favor, lo que suceda después depende de la situación.

- 1. Para una decisión estándar sobre medicamentos recetados por la Parte D, que incluye una solicitud sobre pago por medicamento recetados por la Parte D que ya recibió.**

Tenemos que autorizar o proveer el beneficio que ha solicitado tan pronto como lo requiera su salud, pero no más tarde de 72 horas después de recibir su solicitud. Si su solicitud incluye un pedido de excepción, tenemos que autorizar o proveer el beneficio no más tarde de 72 horas después de recibir la “declaración de apoyo” de su doctor. Si está solicitando el reembolso por un medicamento que ya pagó y recibió, tenemos que enviarle el pago no más tarde de 30 días calendario después de recibir su solicitud.

- 2. Para una decisión rápida sobre un medicamento recetados por la Parte D que no ha recibido.**

Tenemos que autorizar o proveer el beneficio que ha solicitado no más tarde de 24 horas después de recibir su solicitud. Si su solicitud conlleva un pedido de excepción, tenemos que autorizar o proveer el beneficio no más tarde de 24 horas después de recibir la “declaración de apoyo” de su doctor.

¿Qué sucede si denegamos su solicitud?

Si denegamos su solicitud, le enviaremos una decisión por escrito explicando la razón de la decisión. Si una determinación de cubierta no le concede *todo* lo que solicitó, usted tiene derecho a apelar la decisión. (Vea Nivel 1 de Apelación).

¿Cómo solicitar una apelación?

Esta parte de la Sección 10 explica lo que puede hacer si no está de acuerdo con nuestra determinación de cubierta.

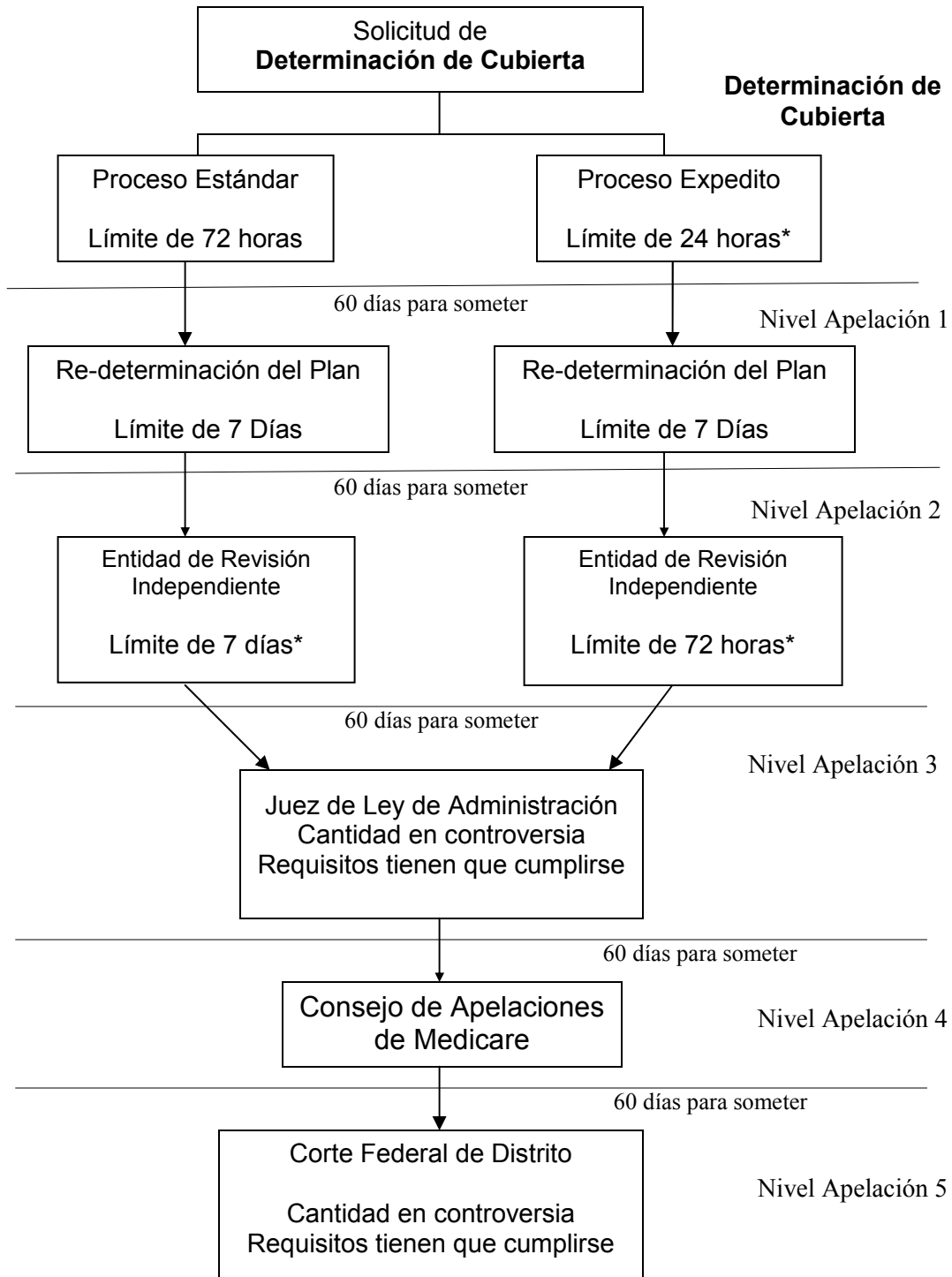
¿Qué tipo de decisiones se pueden apelar?

Si no está conforme con la determinación de cubierta, puede pedir una apelación llamada una “re-determinación”. Por lo general, usted puede apelar nuestra decisión de no cubrir un medicamento, vacuna y otro beneficio de la Parte D. También puede apelar nuestra decisión de no reembolsarle por un medicamento recetado por la Parte D que haya pagado, si piensa que debemos reembolsarle más que lo que recibió o si se le pide que pague una cantidad diferente de la porción del costo que cree se le requiere pagar por un medicamento. Por último, si denegamos su solicitud de excepción usted puede apelar.

¿Cómo funciona el proceso de apelación?

Hay cinco niveles en el proceso de apelación. En cada nivel, su solicitud para beneficios o pago de medicamentos recetados por la Parte D es considerada y se hace una decisión. La decisión puede ser parcial o totalmente a su favor (concediéndole todo o parte de lo que solicitó), o puede ser completamente denegada. Si usted no está satisfecho con la decisión, puede que haya otro paso que puede tomar para obtener una revisión adicional de su solicitud.

La siguiente tabla resume el proceso de apelación. A continuación se discute cada nivel apelativo en más detalle.



*Los marcos de tiempo adjudicados generalmente comienzan cuando la solicitud es recibida por el auspiciador del plan. Sin embargo, si la solicitud conlleva una excepción del formulario, los marcos de tiempo adjudicados comienzan cuando el auspiciador del plan o la entidad de revisión independiente recibe, de parte del médico, una carta de apoyo.

Nivel 1 de Apelación: Si denegamos cualquier parte de su solicitud en nuestra determinación de cubierta, usted puede pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Esto se llama una “apelación” o “solicitud de re-determinación”.

Puede pedirnos que reconsideremos nuestra determinación de cubierta, aún si sólo parte de nuestra decisión no está de acuerdo con lo que solicitó. Al recibir su solicitud de reconsideración de la determinación de cubierta, le pasamos la solicitud a personas de nuestra organización que no estuvieron involucradas en la determinación de cubierta. Esto ayuda a asegurar que le damos una evaluación diferente a su solicitud.

¿Quién puede someter su apelación de la determinación de cubierta?

Para una solicitud estándar, usted o su representante designado puede someter la solicitud.

Una apelación rápida puede ser sometida por usted, su representante designado o el doctor que receta.

¿Cuán pronto tiene que someter su apelación?

Tiene que someter su apelación dentro de 60 días calendario de la fecha incluida en nuestra notificación de determinación de cubierta. Podemos concederle más tiempo si tiene una razón válida para no cumplir con la fecha límite.

¿Cómo solicitar una apelación?

1. Solicitando una decisión estándar

Para solicitar una decisión estándar, usted o su representante autorizado debe enviar o entregar una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la Parte D Apelaciones en la Sección 1 de este folleto.

2. Solicitando una decisión rápida

Si usted esta apelando una decisión que hemos tomado sobre un Medicamento recetado por la Parte D que aun no ha recibido, usted o su doctor deberá decidir si se necesita una “decisión rápida”. Las reglas para solicitar una apelación rápida son igual a aquellas que se utilizan al solicitar una determinación de cubierta. Usted, su doctor, o su representante designado pueden solicitar que hagamos una “decisión rápida” llamando, enviando un fax o entregando una solicitud, a la dirección y a los números listados en la Parte D Apelaciones en la Sección 1 de este folleto. Asegúrese de pedir una decisión “rápida”, “expedita” o “de 72 horas”. Si su doctor

pide una “decisión rápida” por usted, o le apoya cuando usted pida una, nosotros le daremos una “decisión rápida” automáticamente.

Obteniendo información para respaldar su apelación

Nosotros tenemos que recopilar toda la información necesaria para hacer una decisión sobre su apelación. Si necesitáramos su ayuda para recopilar esta información, nos comunicaremos con usted. Usted tiene derecho a obtener e incluir información adicional como parte de su apelación. Por ejemplo, puede que usted ya tenga documentos relacionados al asunto, o puede que quiera obtener los récord médicos o la opinión de su doctor para ayudar a respaldar su pedido. Puede que necesite entregarle a su doctor una solicitud por escrito para obtener esta información.

Usted puede hacernos llegar información adicional en una de las siguientes formas:

- Por Correo – a American Health Medicare, PO Box 11320, San Juan, PR 00922
- Por FAX – al 787-620-0931
- Por Teléfono (si es una apelación “rápida”) – al 1-888-620-1919 (TTY/TDD 866-620-2520).
- En persona, en American Health Medicare, Metro Office Park, Lote 18, Suite 300, Guaynabo, Puerto Rico 00966

Usted también tiene derecho a pedir una copia de la información relacionada con su apelación. Puede llamar o escribirnos al 1-888-620-1919 (TTY/TDD 866-620-2520); American Health Medicare, PO Box 11320, San Juan, PR 00922. Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviar esta información.

¿Cuán pronto tenemos que decidir su apelación?

¿Cuán pronto decidimos su apelación depende del tipo de apelación?:

1. Para una decisión estándar sobre medicamentos recetados por la Parte D, que incluye una solicitud para reembolso por un Medicamento recetado por la Parte D que ya pagó y recibió.

Luego de recibir su apelación, tenemos hasta 7 días calendario para darle una decisión, pero la haremos más temprano si su condición de salud lo requiere. Si no le damos una decisión dentro de 7 días calendario, su solicitud irá automáticamente al segundo nivel de apelación, donde una organización independiente revisará su caso.

2. Para una decisión rápida sobre un medicamento recetado por la Parte D que no ha recibido.

Luego de recibir su apelación, tenemos hasta 72 horas para darle una decisión, pero lo haremos más pronto si su salud lo requiere. Si no le damos una decisión dentro de 72 horas, su solicitud irá automáticamente al Nivel 2 de Apelación, donde una organización independiente revisará su caso.

¿Qué pasa después si decidimos completamente a su favor?

1. Para una decisión sobre reembolso de un Medicamento recetado por la Parte D que ya pagó y recibió.

Tenemos que enviarle el pago no más tarde de 30 días calendarios de haber recibido su solicitud de reconsiderar nuestra determinación de cubierta.

2. Para una decisión estándar sobre un Medicamento recetado por la Parte D que no ha recibido

Tenemos que autorizar o proveerle el Medicamento recetado por la Parte D que pidió tan pronto como su salud lo requiera, pero no más tarde de 7 días calendario después de recibir su apelación.

3. Para una decisión rápida sobre un Medicamento recetado por la Parte D que no ha recibido

Tenemos que autorizar o proveerle el Medicamento recetado por la Parte D que pidió tan pronto como lo requiera su salud y no más tarde de 72 horas luego de recibir su apelación.

Nivel 2 de Apelación: Si denegamos cualquier parte de su primera apelación, usted puede pedir una revisión por una organización independiente de revisión contratada por el gobierno.

¿Que entidad independiente realiza esta revisión?

Al segundo nivel de apelación, su apelación es revisada por una organización independiente con un contrato con CMS, la agencia del gobierno que administra el programa de Medicare. La organización independiente no tiene ninguna conexión con nosotros. Usted tiene el derecho de solicitar una copia del archivo que se le envió a la organización independiente sobre su caso. Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviar esta información.

¿Quién puede someter su apelación?

Usted o su representante designado puede someter una solicitud de apelación rápida o estándar.

¿Cuán pronto tiene que someter su apelación?

Usted o su representante designado tiene que someter por escrito una solicitud de revisión por una organización independiente de revisión dentro de 60 días calendario después de la fecha en que se le notificó la decisión de su primera apelación. La Organización Independiente podría otorgarle más tiempo si usted cuenta con una razón válida por dejar pasar la fecha límite.

¿Cómo solicitar una apelación?

1. Solicitando una “decisión estándar”

Para solicitar una “decisión estándar”, usted o su representante autorizado debe enviar o entregar una solicitud por escrito a la organización independiente a la dirección que aparecerá en la notificación de re-determinación que recibirá de parte de nosotros.

2. Solicitando una “decisión rápida”

Para solicitar una “decisión rápida”, usted o su representante autorizado debe enviar o entregar una solicitud por escrito a la organización independiente a la dirección que aparecerá en la notificación de re-determinación que recibirá de parte de nosotros. Recuerde, si su doctor solicita una decisión rápida por usted, o le apoya nosotros le daremos una “decisión rápida”.

¿Cuán pronto tiene que decidir la organización independiente de revisión?

1. Para una solicitud estándar sobre un medicamento Parte D, que incluye un pedido sobre reembolso de un medicamento recetado por la Parte D que usted ya pagó y recibió, la Organización Independiente de revisión tiene hasta 7 días calendario desde la fecha que recibió su solicitud para darle una decisión.
2. Para una “decisión rápida” sobre un medicamento recetado por la Parte D que usted no ha recibido la organización independiente de revisión tiene hasta 72 horas desde el momento en que recibe su solicitud para darle una decisión.

Si la organización independiente de revisión decide completamente a su favor:

1. **Para una decisión sobre reembolso de un Medicamento recetado por la Parte D que ya usted pagó y recibió.**

Tenemos que pagar dentro de 30 días calendario después de la fecha en que recibamos la notificación de reversión de nuestra determinación de cubierta. También le enviaremos a la organización independiente de revisión una notificación de que hemos cumplido con su decisión.

2. **Para una decisión estándar sobre un medicamento recetado por la Parte D**

que no ha recibido.

Tenemos que autorizar o proveerle el Medicamento recetado por la Parte D que pidió dentro de 72 horas de la fecha en que recibamos la notificación de revocación de nuestra determinación de cubierta. También le enviaremos a la organización independiente de revisión una notificación de que hemos hecho efectiva su decisión.

3. Para una decisión rápida sobre un medicamento Parte que no ha recibido.

Tenemos que autorizar o proveerle el Medicamento recetado por la Parte D que pidió dentro de 24 horas de la fecha en que recibamos la notificación de reversión de nuestra determinación de cubierta. También le enviaremos a la organización independiente de revisión una notificación de que hemos cumplido con su decisión.

Nivel 3 de Apelación: Si la organización que revisó su caso en el Nivel 2 de Apelación no decide completamente a su favor, usted puede pedir una revisión por un Juez de Ley Administrativa.

Si la organización independiente de revisión no decide completamente a su favor, usted o su representante designado puede pedir una revisión por un Juez de Ley Administrativa si el valor en dólares del beneficio Parte D solicitado no cumple con el requisito mínimo provisto en la decisión de la organización independiente de revisión. Durante la revisión por el Juez de Ley Administrativa, usted puede presentar evidencia, revisar el récord (sea recibiendo una copia del expediente o accedando el expediente en persona, cuando posible) y estar representado por un abogado.

¿Quién puede someter su apelación?

Usted o su representante designado puede someter la solicitud a un Juez de Ley Administrativa.

¿Cuán pronto tiene que someter su apelación?

Tiene que someter su apelación dentro de 60 días calendario de la fecha incluida en la notificación enviada a usted por parte de “Medicare Appeals Council” (Nivel de Apelación 4).

El Juez de Ley Administrativa podría otorgarle más tiempo si usted cuenta con una razón válida por dejar pasar la fecha límite.

¿Cómo solicitar una apelación?

Usted tiene que solicitar por escrito una revisión por un Juez de Ley Administrativa a partir de la fecha en que se le notificó la decisión hecha en el Nivel de Apelación 2.

El Juez de Ley Administrativa no verá la apelación si el valor en dólares del cuidado médico es menos del mínimo requerido por la decisión de la organización independiente de revisión. Si el valor en dólares es menos del requisito mínimo, usted no podrá seguir apelando.

¿Cómo se calcula el valor en dólares (la “cantidad que permanece en controversia”)?

Si nos hemos negado a proveer un beneficio de medicamento recetado por la Parte D, el valor en dólares para solicitar una audiencia con un Juez de Ley Administrativa está basado en el valor proyectado de ese beneficio. El valor proyectado incluye cualquier costo en que usted pueda incurrir basado en lo que se le cobraría a usted por el medicamento y la cantidad de repeticiones del medicamento recetadas durante el año del plan. El valor proyectado incluye sus co-pagos, todos los gastos incurridos luego que sus gastos excedan el límite inicial de cubierta, y los gastos pagados por otras entidades.

También puede combinar múltiples reclamaciones de la Parte D para llegar al valor en dólares si:

1. La reclamación conlleva la entrega de medicamentos recetados por la Parte D a usted;
2. Todas las reclamaciones han recibido una determinación por una organización independiente de revisión según descrito en el Nivel 2 de Apelación.
3. Cada uno de los pedidos de revisión combinados se someten por escrito dentro de 60 días calendario después de la fecha que cada decisión fue hecha en el Nivel 2 de Apelación; y
4. Su pedido de audiencia identifica todas las reclamaciones a ser vistas por el Juez de Ley Administrativa.

¿Cuán pronto tomará el Juez la decisión?

El foro judicial Federal es el que controla el calendario de cualquier decisión.

Si el Juez decide a su favor:

Una vez recibamos la notificación de la decisión judicial a su favor, lo que suceda luego depende del tipo de apelación:

1. *Para decisiones sobre pago de un Medicamento recetado por la Parte D que ya recibió.*

Tenemos que enviarle el pago no más tarde de 30 días calendario después de la fecha en que recibamos la notificación revirtiendo nuestra determinación de cubierta.

2 *Para una decisión estándar sobre un Medicamento recetado por la Parte D que no ha recibido*

Tenemos que autorizar o proveerle el Medicamento recetado por la Parte D que pidió dentro de 72 horas de haber recibido la notificación revirtiendo nuestra determinación de cubierta.

3 *Para una decisión rápida sobre un Medicamento recetado por la Parte D que no ha recibido*

Tenemos que autorizar o proveerle el Medicamento recetado por la Parte D que pidió dentro de 24 horas de haber recibido la notificación revirtiendo nuestra determinación de cubierta.

Nivel 4 de Apelación: Su caso puede ser revisado por el consejo de Apelaciones de Medicare

Si su pedido se denegó en el Nivel 3 de Apelación, usted o su representante designado puede solicitar una revisión sometiendo una solicitud por escrito al Consejo.

¿Quién puede someter su apelación de la determinación de cubierta?

Usted o su representante designado puede someter una solicitud con el Consejo de Apelaciones de Medicare.

¿Cuán pronto tiene que someter su apelación?

Tiene que someter su apelación dentro de 60 días calendario de la fecha incluida en nuestra notificación de determinación de cubierta. Podemos concederle más tiempo si tiene una razón válida para no cumplir con la fecha límite.

¿Cómo solicitar una apelación?

Usted deberá someter una solicitud con el “Medicare Appeals Council”. La decisión que usted reciba del Juez Administrativo (Nivel de Apelación 3) le explicará cómo solicitar una apelación.

¿Cuán pronto tomará el Consejo la decisión?

“Medicare Appeals Council” primero determinará si revisará su caso (no se revisan todos los casos). Si el Consejo de Apelaciones de Medicare revisa su caso, ellos tomarán una decisión lo más pronto posible. Si deciden no revisar su caso usted podrá solicitar una revisión con un Juez Federal (ver Nivel de Apelación 5). Consejo de Apelaciones de Medicare le enviara una notificación explicando la decisión. La notificación le explicara como solicitar una revisión por un Juez Federal.

Si el Consejo decide a su favor:

El Consejo de apelaciones de Medicare le dirá por escrito su decisión y las razones para ella. Lo que suceda luego depende del tipo de apelación:

1. *Para decisiones sobre pago de un Medicamento recetado por la Parte D que ya recibió*

Tenemos que enviarle el pago no más tarde de 30 días calendario después de la fecha en que recibamos la notificación revirtiendo nuestra determinación de cubierta.

2. *Para una decisión estándar sobre un Medicamento recetado por la Parte D que no ha recibido*

Tenemos que autorizar o proveerle el Medicamento recetado por la Parte D que pidió dentro de 72 horas de haber recibido la notificación revirtiendo nuestra determinación de cubierta.

3. *Para una decisión rápida sobre un Medicamento recetado por la Parte D que no ha recibido*

Tenemos que autorizar o proveerle el Medicamento recetado por la Parte D que pidió dentro de 24 horas de haber recibido la notificación revirtiendo nuestra determinación de cubierta.

Nivel 5 de Apelación: Su caso puede ir a la Corte Federal

Usted tiene derecho a continuar su apelación, pidiéndole a una Corte Federal que revise su caso si la cantidad envuelta cumple con el requisito mínimo provisto en la decisión del Consejo de Apelaciones de Medicare, y:

- La decisión no es completamente favorable para usted, o
- El Consejo de Apelaciones de Medicare ha decidido no revisar su caso.

¿Quién puede someter su apelación?

Usted o su representante designado puede someter la solicitud de apelación con la Corte Federal.

¿Cuán pronto tiene que someter su apelación?

Tiene que someter su apelación dentro de 60 días calendario de la fecha incluida en la notificación enviada a usted por parte de Consejo de Apelaciones de Medicare (Nivel de Apelación 4).

¿Cómo solicitar una apelación?

Para solicitar una revisión judicial de su caso, tiene que someter una acción civil ante una corte de distrito de los Estados Unidos. La carta que recibe del Consejo de Apelaciones de Medicare en el Nivel 4 de apelación le dirá cómo solicitar esta revisión.

Si la cantidad en litigio cumple con el requisito mínimo provisto en la decisión del Consejo de Apelaciones de Medicare, usted puede pedirle a un Juez de la Corte Federal que revise su caso.

¿Cuán pronto tomará el Juez la decisión?

El foro judicial Federal es el que controla el calendario de cualquier decisión.

Si el Juez decide a su favor:

Una vez recibamos la notificación de la decisión judicial a su favor, lo que suceda luego depende del tipo de apelación:

- 2. Para decisiones sobre pago de un Medicamento recetado por la Parte D que ya recibió.*

Tenemos que enviarle el pago no más tarde de 30 días calendario después de la fecha en que recibamos la notificación revirtiendo nuestra determinación de cubierta.

- 4 Para una decisión estándar sobre un Medicamento recetado por la Parte D que no ha recibido*

Tenemos que autorizar o proveerle el Medicamento recetado por la Parte D que pidió dentro de 72 horas de haber recibido la notificación revirtiendo nuestra determinación de cubierta.

- 5 Para una decisión rápida sobre un Medicamento recetado por la Parte D que no ha recibido*

Tenemos que autorizar o proveerle el Medicamento recetado por la Parte D que pidió dentro de 24 horas de haber recibido la notificación revirtiendo nuestra determinación de cubierta.

Si el Juez decide en su contra:

La decisión del Juez es final y usted no puede seguir apelando.

Querellas Parte D

LLAMAR 1-888-620-1919 Las llamadas a este número son libre de costo

1-888-620-1515 Línea de enfermería 24 horas

TTY 1-866-620-2520. Para llamar a este número requiere un equipo de teléfono especial. Las llamadas a este número son libre de costo

FAX 787-620-0931

ESCRIBIR American Health Medicare
P.O. Box 11320
San Juan , P.R. 00922

VISITAR Metro Office Park, Lot 18, Suite 300, Guaynabo, Puerto Rico 00966

PAGINA WEB www.ahmpr.com

Apelaciones Parte D

LLAMAR 1-888-620-1616 Las llamadas a este número son libre de costo

1-888-620-1515 Línea de enfermería 24 horas

TTY 1-866-620-2520 Para llamar a este número requiere un equipo de teléfono especial. Las llamadas a este número son libre de costo

FAX 787-620-0926

ESCRIBIR American Health Medicare
P.O. Box 11320
San Juan , P.R. 00922

VISITAR Metro Office Park, Lot 18, Suite 300, Guaynabo, Puerto Rico 00966

PAGINA WEB www.ahmpr.com