

Liberty Health Advantage (HMO)

Resumen del procedimiento para la presentación de quejas y solicitudes de Medicare Advantage Parte D: - Prestaciones para medicamentos de Parte D

Quejas/Reclamos de los miembros

Una queja es un reclamo por cierto tipo de problemas a Liberty Health Advantage HMO (LHA) o alguna de las farmacias de nuestra red que no esté relacionado con la cobertura de un medicamento prescrito. Las quejas no tienen relación con las **resoluciones de cobertura**, que son decisiones que se refieren al pago o la aprobación de un medicamento prescrito. Una queja se presenta si se tienen problemas con el tiempo de espera cuando va a surtirse una receta, con el comportamiento del farmacéutico u otro personal de nuestra red, con la facilidad para conseguir ayuda por teléfono, con obtener información necesaria, o con la limpieza o las condiciones en las que se encuentran las farmacias de nuestra red. La queja la puede presentar usted o un representante en su nombre. Si es éste quien la presenta, ambos deben firmar y fechar una declaración que otorgue al representante permiso para actuar en su nombre como miembro.

Presentar una queja/Hacer una reclamación

Se puede presentar una queja de manera verbal o escrita a nuestro departamento de Servicio a Miembros:

Liberty Health Advantage HMO
Atención: Quejas y reclamaciones
1 Huntington Quadrangle, Suite 3N01
Melville, New York 11747
Llamada gratuita: 1-866-542-4269
TTY/TDD: 1-800-662-1220
Fax: 1-866-542-6359

La queja debe presentarse dentro de los sesenta (60) días calendario después de ocurrido el evento o incidente que la ocasione y se resolverá tan rápido como el caso requiera con base en su estado de salud, pero en un plazo no mayor de treinta (30) días calendario desde la fecha que LHA haya recibido la queja verbal o escrita. LHA puede ampliar el plazo hasta en catorce (14) días, si usted solicita esa ampliación o si LHA justifica que necesita información adicional y documenta que el retraso es en su beneficio. Cuando LHA amplíe la fecha de respuesta, le notificaremos inmediatamente por escrito las razones del retraso.

Si usted presenta una queja porque le fue negada su solicitud de una respuesta "rápida" a una resolución o reclamación de cobertura, automáticamente le otorgaremos una queja "rápida", lo que significa que le contestaremos dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes.

Resolución y excepciones de cobertura

Una resolución de cobertura es una decisión que LHA toma sobre las prestaciones y cobertura de los medicamentos prescritos o sobre la cantidad a pagar por ellos.

Usted o un representante pueden solicitar una resolución de cobertura. Si es su representante quien la presenta, ambos deben firmar y fechar una declaración otorgándole permiso a su representante para actuar en su nombre como miembro.

Su doctor, u otro profesional de la salud que tenga autorización para prescribir recetas, puede presentar una solicitud para una resolución de cobertura, después de notificárselo a usted, sin ser designado por ello como su representante.

Para solicitar una resolución de cobertura, póngase en contacto con:

Medicare Part D Coverage Determinations / Excepciones

P.O. Box 407

Boys Town, NE 68010

Llamada gratuita: 1-800-546-5677

TTY/TDD: 1-866-706-4757

FAX: 1.800.458.1646

La decisión sobre si LHA cubrirá una prescripción de Parte D puede ser una resolución de cobertura "estándar", que se toma en un plazo de setenta y dos (72) horas, o "rápida", que se toma en un plazo de veinticuatro (24) horas.

Si su doctor, u otro profesional de la salud requiere o respalda su solicitud para una decisión rápida y demuestra que esperar una decisión estándar podría perjudicar gravemente su salud o capacidad funcional, le otorgaremos automáticamente una decisión rápida.

Si solicita una resolución rápida de cobertura sin el respaldo de su doctor u otro profesional de la salud, nosotros decidiremos si su salud así la requiere. Si LHA decide que su condición médica no cumple los requisitos, se le enviará una carta en la que se le comunicará que recibirá una decisión rápida si obtiene el respaldo de su doctor u otro profesional de la salud. La carta también le informará cómo presentar una queja en caso de que usted esté en desacuerdo con nuestra decisión. Si le negamos su solicitud de una decisión rápida, le ofreceremos una decisión dentro del plazo estándar de setenta y dos (72) horas.

Para una resolución de cobertura estándar, le comunicaremos una decisión en un plazo de setenta y dos (72) horas después de haber recibido su solicitud o antes si su salud así lo requiere.

Si usted solicita una **excepción**, que incluye una excepción en la lista de medicamentos, en los medicamentos por niveles, o una excepción a las normas de administración (como dosis, límites de cantidad o requisitos de terapias graduales), debemos decidir si ésta se aprueba. Es necesario que su doctor u otro profesional de

la salud redacte una declaración explicando por qué el medicamento que usted solicita es necesario por razones de salud.

Si LHA no le comunica su decisión en un plazo de setenta y dos (72) horas después de recibir su solicitud, tenemos la obligación de enviarla a una organización de revisión independiente.

Si usted califica para una resolución rápida de cobertura sobre un medicamento de Parte D pero aún no la ha recibido, le haremos llegar una decisión en veinticuatro (24) horas o antes si su salud así lo requiere.

Si su solicitud es por una excepción, LHA tiene que decidir en el plazo de veinticuatro (24) horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su doctor u otro profesional de la salud que tenga autorización para prescribir recetas.

Si LHA decide que usted es un candidato para una revisión rápida y no recibe una respuesta en un plazo de veinticuatro (24) horas después de que LHA recibió su solicitud, tenemos la obligación de enviarla a una organización de revisión independiente.

Si LHA decide completamente a su favor:

Para una decisión estándar sobre un medicamento de Parte D que incluye una solicitud para el pago de un medicamento de Parte D que ya ha recibido: LHA debe autorizar la prestación tan rápido como su salud lo requiera, pero en un plazo máximo de setenta y dos (72) horas después de haber recibido la solicitud.

Para una excepción: LHA debe autorizar o dar la prestación en un plazo máximo de setenta y dos (72) horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su doctor. Si usted solicita el reembolso de un medicamento que ya ha pagado y recibido, LHA debe enviarle el pago en un plazo máximo de treinta (30) días calendario después de haber recibido su solicitud.

Para una decisión rápida sobre un medicamento de Parte D: LHA debe autorizar o proporcionar la prestación en un plazo máximo de veinticuatro (24) horas después de haber recibido su solicitud. Si su solicitud es para una excepción, LHA debe autorizar o proporcionar la prestación en un plazo máximo de veinticuatro (24) horas después de haber recibido la declaración de apoyo de su doctor u otro profesional de la salud que tenga autorización para prescribir recetas.

Si LHA rechaza su solicitud, [le enviará] su decisión por escrito explicándole la razón por la que su solicitud fue denegada y su derecho a reclamar.

Presentación de una reclamación

Se puede presentar una reclamación escribiendo a:

Medicare Part D Appeals
P.O. Box 407
Boys Town, NE 68010
Llamada gratuita: 1-800-546-5677
TTY/TDD: 1-866-706-4757
FAX: 1.800.458.1646

Puede presentar una reclamación dentro de un plazo de sesenta (60) días calendario después de la fecha de recepción de la resolución de cobertura.

Usted, o un representante en su nombre, pueden presentar una reclamación. Si es su representante quien la presenta, ambos deben firmar y fechar una declaración otorgándole permiso a su representante para actuar en su nombre como miembro. Su doctor u otro profesional de la salud pueden presentar una reclamación estándar, después de habérselo notificado a usted, sin ser designado por ello como su representante.

NOTA: El límite de sesenta (60) días para presentar una reclamación puede ampliarse por una causa justificada. Incluya en su solicitud escrita de reclamación la razón por la que no pudo presentarla en el plazo de sesenta (60) días.

Reclamaciones estándar (Resoluciones revisadas)

Liberty Health Advantage considerará su reclamación y le notificará por escrito nuestra decisión según los siguientes plazos:

Si se le otorga la solicitud en su totalidad o parcialmente, LHA resolverá y se lo comunicará en un plazo de siete (7) días calendario después de recibida su reclamación.

Si la solicitud es para el pago de un medicamento que ya ha comprado, LHA tiene que enviar el pago en un plazo de treinta (30) día calendario después de recibida su solicitud de reclamación.

Si la solicitud le es denegada, LHA se lo notificará por escrito con instrucciones sobre cómo presentar una reclamación ante la organización de revisión independiente.

Reclamaciones rápidas/ reclamaciones expeditas (Resoluciones revisadas)

Un miembro o su médico u otro profesional de la salud, deben solicitar la cobertura verbalmente o por escrito. LHA decidirá rápidamente si acelera la solicitud.

NOTA: No hay reclamaciones rápidas para las solicitudes de pago.

Liberty Health Advantage considerará su reclamación rápida y le notificará por escrito nuestra decisión según los siguientes plazos:

Si se le otorga la solicitud en su totalidad o parcialmente, LHA resolverá y se lo comunicará en un plazo de setenta y dos (72) horas después de recibida su reclamación. Si se necesitara más información médica se notificará inmediatamente al miembro y a su médico.

Si la solicitud de una reclamación rápida es denegada total o parcialmente, LHA le enviará una declaración por escrito explicando por qué su solicitud fue denegada y cómo reclamar nuestra decisión.

Para más información sobre el proceso de reclamaciones, por favor consulte el [Capítulo 9 de su Pruebas de Cobertura](#), o llame a nuestro departamento de Servicio a Miembros: 1-866-542-4269 (TTY/TDD: 1-800-662-1220), de 8 a.m. a 8 p.m.