

Resumen del procedimiento para la presentación de quejas y solicitudes de las prestaciones de Medicare Advantage

Quejas/Reclamos de los miembros

Una queja es un reclamo por cierto tipo de problemas con Liberty Health Advantage HMO (LHA) o uno de los proveedores de nuestro plan. Las quejas incluyen problemas relacionados con la calidad del servicio que usted recibió durante su estancia hospitalaria, su tiempo de espera para conseguir cita o en las salas de espera, el tiempo de espera en el teléfono en con el consultorio de su doctor, el comportamiento de su médico o de su personal durante su cita, o la falta de limpieza o las condiciones del consultorio de su médico.

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 verbal o escrita poniéndose en contacto con 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 un plazo de sesenta (60) días calendario después de ocurrido el evento o incidente que la ocasione y se resolverá tan rápidamente como el caso lo requiera con base en su estado de salud, pero en un plazo no mayor de treinta (30) días calendario desde la fecha en que LHA reciba la queja verbal o escrita. LHA puede ampliar el plazo de treinta (30) días 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 notificará inmediatamente por escrito las razones del retraso.

Si usted presenta una queja porque le fue negada su solicitud de una respuesta "rápida" para una resolución o reclamación de cobertura, automáticamente le

otorgaremos una queja "rápida", lo que significa que le contestaremos en las veinticuatro (24) horas siguientes.

Si le preocupa la calidad de la atención que recibió, también puede presentar una queja ante una Organización de Mejora de la Calidad independiente, o QIO. Puede ponerse en contacto con el QUIO en IPRO-Island Peer Review Organization, 1979 Marcus Avenue, Lake Success, NY 11042-1002.

Reclamaciones de los miembros

Una reclamación es un tipo de queja que usted presenta para solicitar la reconsideración de una decisión (resolución) que ya se tomó en lo referente a un servicio, o a la cantidad que LHA pagó o pagará por un servicio o por la cantidad que usted debe pagar por él.

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. Su doctor puede presentar una reclamación estándar, después de notificárselo a usted, sin ser designado por ello como su representante.

Presentación de una reclamación

Se puede presentar una reclamación 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

Puede presentar la reclamación dentro de un plazo de sesenta (60) días calendario después de la fecha de notificación de la resolución inicial de la organización.

Puede presentar una reclamación por cualquiera de las siguientes razones:

LHA se rehúsa a cubrir o pagar los servicios que usted cree que su plan de salud debe cubrir.

LHA o alguno de nuestros proveedores médicos contratados se rehúsa a proporcionar un servicio que usted cree que debe ser cubierto.

LHA o alguno de nuestros proveedores médicos contratados reduce o disminuye los servicios que usted ha estado recibiendo.

Si usted cree que LHA ha detenido su cobertura demasiado pronto.

NOTA: El límite de sesenta (60) días para presentar una reclamación se puede ampliar 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.

Procedimiento estándar de reclamaciones

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

Para una decisión sobre el pago por una atención que ya recibió: Una vez recibida su reclamación, contamos con sesenta (60) días calendario para llegar a una decisión. Si no decidimos en un plazo de sesenta (60) días calendario, puede presentar una reclamación ante una organización de revisión independiente para su revisión.

Para una decisión estándar sobre atención médica: Una vez recibida su reclamación, contamos con treinta (30) días calendario para tomar una decisión; sin embargo, ésta se tomará tan rápidamente como su salud lo requiera. No obstante, si usted lo solicita, o si consideramos que falta información que puede ayudarle, podemos ampliar el plazo hasta en catorce (14) días calendario para tomar nuestra decisión. Si no decidimos en un plazo de treinta (30) días calendario después de haber recibido su reclamación (o para cuando termine la ampliación del plazo), usted puede presentar una reclamación ante una organización de revisión independiente.

Si decidimos totalmente a su favor sobre una solicitud de servicio médico, debemos proporcionar o autorizar la atención requerida en un plazo de treinta (30) días calendario después de haber recibido su reclamación. Si decidimos totalmente a su favor sobre una solicitud de pago, debemos efectuar el pago requerido en un plazo de sesenta (60) días calendario después de haber recibido su reclamación.

Si decidimos mantener, en parte o en su totalidad, nuestra resolución original desfavorable, debemos enviar su solicitud a una organización de revisión independiente. Debemos enviar a dicha organización el expediente en un plazo de treinta (30) días calendario después de haber recibido la solicitud de servicio y en un plazo de sesenta (60) días calendario para una solicitud de pago.

La organización de revisión independiente revisará su solicitud y tomará una decisión sobre si debemos otorgarle la atención o el pago que solicitó. Usted recibirá una notificación por escrito con las razones de la decisión. Si la organización de revisión independiente mantiene nuestra decisión, la notificación le informará sobre su derecho de reclamar en una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ).

Si la organización de revisión independiente decide a su favor, nosotros debemos:

Autorizar el servicio médico en un plazo de setenta y dos (72) horas o proporcionarlo tan rápidamente como su salud lo requiera, pero en un plazo máximo de catorce

(14) días calendario desde la fecha en que recibimos la notificación de la organización de revisión independiente que revierte la decisión.

Pagar por el servicio en un plazo de treinta (30) días calendario desde la fecha en que recibimos la notificación de la organización de revisión independiente que revierte la decisión.

Si la organización de revisión independiente no falla totalmente a su favor, existen otros niveles para efectuar reclamaciones:

Si el valor en dólares del artículo o de los servicios médicos que usted reclama cumple con determinados niveles mínimos, puede solicitar una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ). Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta de la organización de revisión independiente le explicará con quién debe ponerse en contacto y qué debe hacer para solicitar una audiencia ante un ALJ.

Si no está satisfecho con la decisión tomada por el ALJ, cualquiera de nosotros puede pedir al Medicare Appeals Council que revise el caso.

Si no está satisfecho con la decisión tomada por el Medicare Appeals Council, la notificación que usted reciba le informará si las normas le permiten solicitar una audiencia ante un Tribunal Federal (Federal Court).

Reclamaciones rápidas/ reclamaciones expeditas

Si se le ha negado un servicio médico y usted o su doctor creen que esperar una decisión estándar podría poner en peligro su salud o su capacidad funcional, usted puede presentar una solicitud para una "reclamación rápida". Las reclamaciones rápidas solo aplican para solicitudes de atención médica.

En el caso de una reclamación rápida relacionada con la atención médica, una vez recibida su solicitud para una reclamación contamos con un plazo máximo de setenta y dos (72) horas para tomar una decisión, pero ésta se tomará tan rápido como su salud lo requiera. Sin embargo, si usted lo solicita, o si consideramos que falta alguna información que pueda ayudarlo, podemos ampliar el plazo hasta en catorce (14) días calendario para tomar nuestra decisión. Si no decidimos en un plazo de treinta (30) días calendario después de haber recibido su "reclamación rápida" (o para cuando termine la ampliación del plazo), su reclamación irá automáticamente a una organización de revisión independiente.

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.