
BlueMedicare HMO, PPO, PPO Regional y BlueMedicare para grupos Quejas, decisión de cobertura y revisión de apelaciones para PPO

Quejas

Su derecho a presentar quejas

Como asegurado de nuestro plan, usted tiene derecho a presentar una queja (lo que también se conoce como "presentar una reclamación") para ciertos tipos de problemas **no relacionados con beneficios, cobertura o pago**. Estos son algunos ejemplos de los problemas que se manejan a través del proceso de quejas:

- no está satisfecho con la calidad de la atención médica que recibe,
- no está satisfecho con la limpieza de una de nuestras farmacias de la red, los consultorios médicos o las clínicas,
- tiene que esperar demasiado (por ejemplo, tiene problemas para conseguir una cita médica, tiene que esperar demasiado en el consultorio del médico o en la farmacia o para hablar con un representante de Atención al cliente),
- usted siente que alguien no respetó sus derechos de privacidad, o
- no está satisfecho con la puntualidad de nuestra respuesta a las decisiones de cobertura y apelaciones que ha solicitado.

Cómo presentar una queja con nuestro Plan

Si tiene una queja relacionada con la atención y los servicios de nuestro plan médico (Parte C de Medicare) o de medicinas recetadas (Parte D de Medicare), le aconsejamos a usted o a su representante que llame primero a nuestro Departamento de Atención al cliente al 1-800-926 -6565 . Podrá hablar con alguien de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, deberá dejar un mensaje los sábados, los domingos y los días feriados. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-955-8770. Las llamadas a estos números son gratuitas. Vamos a tratar de resolver su queja por teléfono.

Si no podemos resolver su queja por teléfono o no quiere llamar a nuestro plan, tenemos un procedimiento formal para revisar quejas. Estas quejas deben ser presentadas por escrito a las siguientes direcciones o números de fax:

Para quejas de la Parte C (atención y servicios médicos):

Dirección: Florida Blue/Florida Blue HMO Grievance and Appeal Department
P.O. Box 41609
Jacksonville, FL 32203-1609

Número de fax: 1-305-716-9333 (Utilice este número únicamente para solicitudes de "quejas rápidas".)

Para quejas de la Parte D (medicinas recetadas de la Parte D):

Dirección: Prime Therapeutics LLC
Atención: BlueMedicare/Florida Blue Grievance Dept.
10826 Farnam Drive
Omaha, NE 61854

Número de fax: 1-888-285-2242

Y0011_30130S 0914R2 GA CMS Approved
Y0011_30130S 0914R2 GA EGWP C: 09/2014

No está obligado a usar el formulario de quejas de nuestro plan, pero le recomendamos que lo haga. Llame al departamento de Atención al cliente para obtener el formulario de quejas.

Todas las quejas deberán presentarse dentro del periodo de **60 días** posteriores al evento o incidente. Responderemos a su reclamo, a más tardar, **en un periodo de 30 días** calendario después de que lo recibamos (antes si su salud así lo requiere). Si necesitamos más información y a usted le conviene que haya una demora o la solicita, podemos tomarnos 14 días más para responderle (44 días en total).

Quejas rápidas

Si nuestro plan deniega su solicitud de decisión de cobertura "rápida" o apelación "rápida" de primer nivel y usted considera que esperar más pondría en peligro su salud, puede presentar una solicitud de queja "rápida" (ya sea por escrito o por teléfono). Responderemos a una queja "rápida" dentro **de 24 horas**.

Presentación de una queja con su Organización de mejoramiento de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) estatal

Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibe, puede presentar una queja ante la QIO de su estado. En Florida la QIO se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO en la siguiente dirección o número de teléfono:

5201 W. Kennedy Boulevard, Suite 900
Tampa, FL 33609

Número de teléfono: 1-844-455-8708

Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación a sus beneficios y su cobertura o a la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos de la parte C o medicinas de la parte D. **Una decisión de cobertura acerca de los servicios médicos de la Parte C se denomina "determinación de la organización". Una decisión de cobertura acerca de las medicinas de la Parte D se denomina una "determinación de cobertura"**. Las determinaciones de cobertura y determinaciones de la organización son el primer paso para hacer frente a los problemas que pueda tener con respecto a los beneficios médicos o de medicinas recetadas, cobertura, o cantidades de pago.

¿Quién puede solicitar una decisión de cobertura?

Usted, el médico que la receta, o a quien usted nombre, puede solicitar una determinación de cobertura. Otras personas pueden estar autorizadas bajo la ley estatal para actuar en su nombre.

Petición de una determinación de cobertura "estándar" o "rápida" o determinación de la organización

Para solicitar una decisión "estándar" o "rápida" para medicinas de la Parte D o servicios médicos de la Parte C, usted, su médico

o su representante debe llamar, enviar un fax o escribirnos a las direcciones y números que se indican a continuación bajo

Determinaciones de cobertura de la Parte D o Determinaciones de la organización de la Parte C.

Determinaciones de cobertura de la Parte D:

Dirección: Prime Therapeutics LLC
Attention: Medicare Coverage Determinations Department
1305 Corporate Center Drive, Building N10
Eagan, MN 55121

Número de teléfono: 1-800-926-6565 (Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-955-8770). Las llamadas a estos números son gratuitas. Podrá hablar con alguien de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, deberá dejar un mensaje los sábados, domingos y días feriados federales. Le devolveremos

la llamada en el transcurso de un día hábil.
Número de fax: 1-800-693-6703
Sitio de Internet: www.MyPrime.com

La mayoría de las solicitudes de determinación de cobertura estándar son las solicitudes de excepciones a las reglas o restricciones que se aplican a un determinado fármaco. Estas solicitudes requieren que su médico u otro proveedor presente una declaración por escrito explicando las razones médicas para solicitar una excepción a las reglas o restricciones.

En estos casos, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar en un periodo de 72 horas posteriores a haber recibido la declaración de su médico, o de quien le recete, respaldando su petición. Para una determinación de cobertura estándar sobre una petición de pago para una medicina de la Parte D que usted ya compró, debemos comunicarle nuestra decisión en un lapso no mayor a 14 días después de recibir su petición. Si nuestra decisión es favorable, también tenemos que hacer el pago en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud.

Si estos plazos estándar podrían causar daños graves a su salud, puede solicitar una determinación de cobertura "rápida" o "acelerada". Si su médico u otra persona autorizada nos dice que necesita una determinación de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos darle una. Para una determinación de cobertura rápida sobre una medicina de la Parte D, le comunicaremos nuestra decisión dentro de 24 horas. Esto por lo general significa 24 horas después de que recibamos una declaración por escrito de su médico o alguien más que le recete y que respalde su petición.

Determinaciones de la organización de la Parte C:

Dirección: Florida Blue Utilization Management Department
4800 Deerwood Campus Parkway
Building 900, 5th Floor
Jacksonville, FL 32246

Número de teléfono: 1-800-926-6565 (Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-955-8770). Las llamadas a estos números son gratuitas. Podrá hablar con alguien de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, deberá dejar un mensaje los sábados, domingos y los días feriados federales. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.

Número de fax: 1-904-301-1614

Si es una determinación de la organización estándar, debemos comunicarle nuestra decisión en un periodo de 14 días después de haber recibido su solicitud. Sin embargo, podemos tomar hasta 14 días adicionales si solicita más tiempo o si necesitamos más información para ayudarnos con nuestra decisión. Le haremos saber por escrito si necesitamos más tiempo para tomar nuestra decisión.

Si estos plazos estándar podrían causar daños graves a su salud, puede solicitar una determinación de cobertura "rápida" o "acelerada". Si su médico u otra persona autorizada nos dice que necesita una determinación de organización rápida, automáticamente aceptaremos darle una. Para un requerimiento rápido de la organización, responderemos a su petición dentro de 72 horas. Sin embargo, podemos tomar hasta 14 días más si necesita más tiempo para prepararse para esta revisión o si necesitamos información adicional de usted o su médico.

Apelaciones

Apelaciones a nuestro plan (Apelaciones de Nivel 1)

Nos puede pedir que revisemos nuestra determinación de la cobertura (Parte D) o la determinación de la organización (Parte C), aún si solamente parte de nuestra decisión no es lo que usted solicitó. Una apelación a nuestro plan sobre la Parte D se denomina "redeterminación" del plan. Una apelación sobre una decisión médica se denomina "reconsideración" del plan. Cuando revisamos su apelación, prestamos atención a la información sobre su solicitud de una excepción a las reglas de cobertura de la Parte D o de cobertura médica para asegurarse que fuimos justos y que hemos seguido todas las reglas aplicables cuando hicimos nuestra decisión inicial.

¿Quién puede presentar su apelación de la determinación de cobertura u organización?

Cuando usted apela una determinación de cobertura sobre una medicina de la Parte D o una determinación de la organización para atención o servicios médicos de la Parte C, usted, su representante o su médico puede presentar una petición de apelación estándar o una petición de apelación rápida.

¿En qué plazo debe presentar su apelación?

Debe presentar la solicitud de apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha incluida en el aviso de nuestra determinación de cobertura o determinación de la organización. Podemos darle más tiempo si tiene una buena razón para no cumplir el plazo.

Cómo presentar su apelación

Solicitud de una apelación estándar

Para solicitar una apelación "estándar" o "rápida" para una medicina de la Parte D o de servicios médicos o de atención de la Parte C, usted, su médico o su representante deben utilizar la siguiente información de contacto:

Apelaciones de la Parte D (sobre las medicinas recetadas de la Parte D de Medicare):

Dirección: Prime Therapeutics LLC

Attention: Medicare Appeals Department
1305 Corporate Center Drive, Building N10
Eagan, MN 55121

Número de teléfono: 1-800-926-6565 (Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-955-8770). Las llamadas a estos números son gratuitas. Podrá hablar con alguien de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana del 1 de octubre al 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, deberá dejar un mensaje los sábados, domingos y los días feriados federales. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.

Número de fax: 1-800-693-6703

Sitio de Internet: www.MyPrime.com

Para la Parte C Apelaciones (sobre su atención y servicios médicos):

Dirección: Florida Blue Grievances and Appeals Department
P.O. Box 41609
Jacksonville, FL 32203-1609

Número de teléfono: 1-800-926-6565 (Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-955-8770). Las llamadas a estos números son gratuitas. Podrá hablar con alguien de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este, los siete días de la semana del 1 de octubre al 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, deberá dejar un mensaje los sábados, los domingos y los días feriados federales. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil. (Sólo se aceptan peticiones de apelaciones rápidas por teléfono.)

Número de fax: 1-305-437-7490 (Sólo se aceptan solicitudes de apelaciones rápidas por fax.)

Para apelaciones estándar de la Parte D, debemos informarle nuestra decisión en un periodo de 7 días después de recibir su apelación (antes si su salud requiere una decisión más rápida). Si no somos capaces de hacerlo, debemos enviar su apelación al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Para apelaciones rápidas y estándar de la Parte D, si rechazamos su apelación de Nivel 1 de nuestro plan, puede optar por aceptar la negación o puede presentar otra apelación. Este recurso sería una apelación de nivel 2. En este nivel una organización de revisión independiente externa sin conexión con nuestro plan revisa nuestra decisión y decide si se mantiene o si hay que cambiarla.

Petición de una apelación rápida

Si está apelando una decisión que tomamos acerca de darle una medicina de la Parte D o de la atención médica de la Parte C o de servicios que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida (o "acelerada"). Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que aquellos para obtener una decisión de cobertura rápida. Si su médico proporciona una declaración escrita u oral que explica su necesidad de una apelación rápida, nosotros automáticamente le daremos una.

Para apelaciones rápidas de la Parte C y la Parte D, debemos darle nuestra decisión en un periodo de 72 horas después de recibir su apelación. Para apelaciones de la parte C solamente, podemos tomar hasta 14 días más si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información para tomar una decisión. Si no cumplimos con estas pautas, debemos enviar su apelación al Nivel de Apelación 2. Para solicitar una apelación rápida fuera de las horas regulares de oficina, envíe su solicitud por fax a los números que aparecen arriba en la sección "Solicitud de una apelación estándar".

Derechos de apelación adicionales

Siempre que cumpla con ciertas reglas, usted puede continuar avanzando hasta 5 niveles de apelación. Consulte la Constancia de cobertura de nuestro plan para obtener más información sobre estos niveles de apelación adicionales. Usted también tiene derechos de apelación si cree que está dado de alta de un hospital antes de tiempo o cree que la cobertura de salud en el hogar, de enfermería especializada o de servicios de rehabilitación ambulatoria está terminando demasiado pronto. La Constancia de cobertura también tiene información acerca de este tipo de apelaciones.

- Florida Blue es una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare.
- Un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare.
- Los individuos deben tener la Parte A y la Parte B de Medicare para afiliarse.
- Para BlueMedicare HMO: Debe usar proveedores del plan, a excepción de las situaciones de emergencia y atención de urgencia, o para recibir diálisis renal fuera del área de cobertura. Si obtiene servicios de rutina de proveedores fuera de la red ni Medicare ni BlueMedicare HMO serán responsables de los costos.
- Para los asegurados de BlueMedicare PPO y PPO para grupos: Excepto en una emergencia, situaciones de atención de urgencia o fuera de la zona de diálisis que puede costar más para obtener atención de proveedores fuera de la red.

Esta información está disponible de manera gratuita en otros idiomas. Comuníquese con Atención al cliente al 1-800-926-6565 para obtener información adicional. Podrá hablar con alguien de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, deberá dejar un mensaje los sábados, los domingos y los días feriados federales. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil. (Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-955-8770). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este, los siete días de la semana. El departamento de Atención al cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación, que están disponibles para las personas que no hablan inglés.

This information is available for free in other languages. Please contact our Member Services number at 1-800-926-656 for additional information. You will be able to speak to someone from 8:00 a.m. – 8:00 p.m. local time, seven days a week from October 1 through February 14, except for Thanksgiving Day and Christmas Day. However, from February 15 to September 30, you will have to leave a message on federal holidays, Saturdays and Sundays. We will return your call within one business day. TTY users should call 1-800-955-8770. We are open 8:00 a.m. – 8:00 p.m. ET, seven days a week. El departamento de Atención al cliente ofrece servicios de interpretación de manera gratuita, disponibles para las personas que no hablan inglés.