



## **Resumen sobre apelaciones, quejas formales y excepciones al formulario**

Vigente a partir del 1 De enero de 2011

Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP)  
Easy Choice Plus Plan (HMO)  
Plan Best de Easy Choice (HMO)

### **Sus derechos**

Como afiliado de Easy Choice Health Plan HMO, usted tiene derecho de presentar una reclamación en caso de problemas o inquietudes sobre su cobertura o atención. Las **apelaciones** y las **quejas formales** son dos tipos diferentes de reclamaciones. El presente documento describe qué tipo de reclamación debe presentar en función de su situación particular. Recuerde que no puede cancelarse su suscripción a Easy Choice Health Plan HMO ni aplicarse sanción alguna por el hecho de presentar una reclamación.

### **¿Qué es una apelación?**

Una apelación es el tipo de reclamación que deberá presentar cuando desee que reconsideremos y modifiquemos una decisión que hayamos tomado sobre los servicios o prestaciones que se encuentran cubiertos o bien sobre el monto que pagaremos respecto de un servicio o prestación. Por ejemplo, puede presentar una apelación si considera que:

- Easy Choice Health Plan HMO se niega a cubrir o pagar prestaciones, servicios o recetas que usted considera debería cubrir.
- Los proveedores de Easy Choice Health Plan HMO se niegan a proporcionarle un servicio o una receta que usted considera deberían cubrir.
- Easy Choice Health Plan HMO o uno de nuestros proveedores del plan reducen una prestación, un servicio o una receta que usted solía recibir.
- Easy Choice Health Plan HMO suspende la cobertura de una prestación, un servicio o una receta en forma prematura, por ejemplo, una internación.

### **¿Qué sucede cuando se presenta una apelación?**

Easy Choice Health Plan HMO examina la apelación y toma una decisión. El tiempo que Easy Choice Health Plan HMO requerirá para tomar dicha decisión depende del tipo de apelación presentada. Por ejemplo:



- *Para apelaciones referentes al pago de atención médica ya recibida*, el plazo es de 60 días calendario a partir de la recepción de la apelación.
- *Para decisiones estándar sobre atención médica*, el plazo es de 30 días calendario a partir de la recepción de la apelación. No obstante, si su estado de salud lo requiere, podemos acelerar el proceso. Si usted lo solicita, o si falta información que puede beneficiarlo, podemos tomarnos 14 días calendario adicionales.
- *Para decisiones referentes al pago de medicamentos ya recibidos correspondientes a la Parte D*, el plazo es de 7 días calendario a partir de la recepción de la apelación. Si la decisión tomada favorece al beneficiario, tenemos 30 días a partir de la recepción de la solicitud para emitir el pago.
- *Para decisiones estándar sobre medicamentos de venta con receta correspondientes a la Parte D*, el plazo es de 7 días calendario a partir de la recepción de la apelación. Si su estado de salud lo requiere, podemos acelerar el proceso. Si lo considera necesario, también puede solicitar una decisión **rápida** (en lugar de una decisión **estándar**) respecto de la cobertura de atención médica o de medicamentos de venta con receta correspondientes a la Parte D que aún no haya recibido. Si solicita una decisión **rápida**, el plazo para responder es de 72 horas a partir de la recepción de la apelación. Si no está de acuerdo con la decisión de Easy Choice Health Plan HMO, puede presentar una solicitud de reconsideración. Consulte el *Certificado de Cobertura* de Easy Choice Health Plan HMO para obtener información detallada sobre el proceso de apelación.

### **¿Qué es una queja formal?**

Una queja formal es el tipo de reclamación que deberá presentar si tiene otro tipo de problema con Easy Choice Health Plan HMO o con un proveedor del plan. Por ejemplo, puede presentar una queja formal en los siguientes casos:

- Problemas con la calidad de la atención médica
- Dificultades para programar citas
- Tiempo de espera excesivo en consultorios o farmacias

### **¿Qué sucede cuando se presenta una queja formal?**

Si tiene una queja formal, le sugerimos que primero se ponga en contacto con el Servicio de Atención al Cliente de Easy Choice Health Plan HMO. Si su reclamación no puede resolverse en forma telefónica, la queja formal será examinada mediante el proceso de revisión formal de quejas formales. Easy Choice Health Plan HMO debe recibir la queja formal antes de los 60 días de transcurrido el hecho. Debemos notificarle nuestra decisión respecto de la queja formal tan pronto como el caso lo amerite, antes de los 30 días calendario de recibida la reclamación. Easy Choice Health Plan HMO puede extender dicho plazo y agregar 14 días calendario si usted solicita una extensión o si determinamos que falta información que puede beneficiarlo. Si la espera pudiera poner en peligro su salud, puede solicitar una revisión rápida. Easy Choice Health Plan le confirmará por escrito en un plazo de 24 horas de recibida la reclamación si la



información en nuestro poder es correcta y está completa. Las quejas formales rápidas se examinan y resuelven en un plazo de 72 horas de recibida la reclamación. Consulte el *Certificado de Cobertura* para obtener información detallada sobre el proceso de presentación de quejas formales.

### **¿Qué es una excepción al formulario?**

Usted puede solicitar a Easy Choice Health Plan HMO que realice una excepción al formulario. El formulario es una lista de medicamentos cubiertos por el plan seleccionados por Easy Choice Health Plan HMO con el asesoramiento de un equipo de profesionales de la salud. El formulario representa los tratamientos basados en medicamentos de venta con receta que se consideran indispensables en un programa de tratamiento de calidad. Entre los distintos tipos de excepciones existentes, usted puede solicitar:

- Que el plan cubra el medicamento que usted necesita aunque no esté incluido en el formulario de Easy Choice Health Plan HMO.
- Que Easy Choice Health Plan HMO deje sin efecto las restricciones o limitaciones que rigen para el medicamento.
- Que Easy Choice Health Plan HMO brinde un nivel de cobertura superior para el medicamento y reduzca el monto que usted debe pagar. (Esta opción se encuentra únicamente disponible para determinados tipos de medicamentos).

### **¿Qué sucede cuando se solicita una excepción al formulario?**

Cuando se solicita una excepción al formulario, un cambio de nivel de cobertura o la eliminación de restricciones, el beneficiario debe presentar una declaración de su médico que fundamente la solicitud. Easy Choice Health Plan HMO debe tomar una decisión antes de las 72 horas de recibida la declaración del médico en la que se explica por qué dicha excepción es necesaria desde el punto de vista médico. Podrá solicitar una excepción expeditiva (rápida) si usted o su médico consideran que su salud puede verse gravemente afectada si espera hasta 72 horas para que se tome la decisión. Si se acepta dicha solicitud, estamos obligados a comunicarle nuestra decisión antes de las 24 horas de recibida la declaración del médico que fundamenta el pedido. En general, Easy Choice Health Plan HMO sólo aprobará la excepción solicitada si el medicamento alternativo está incluido en el formulario, el medicamento de nivel inferior o la restricción de utilización adicional tuvieran la misma efectividad en el tratamiento de su afección o bien produjeran efectos médicos adversos.

### **¿Necesita más información?**

Para obtener más información sobre apelaciones, quejas formales, excepciones al formulario y procedimientos para presentar reclamaciones (incluidas revisiones estándar y rápidas), consulte las Secciones 4 y 5 del *Certificado de Cobertura*.

### **¿Preguntas? ¿Inquietudes?**

Servicio de Atención al Cliente  
1-866-999-3945  
TTY 1-800-735-2929



Lunes a domingo de 8.00 a. m. a 8.00 p. m.

Easy Choice Health Plan, Inc.  
P.O. Box 22653  
Long Beach, CA 90801-5653  
[www.EasyChoiceHealthPlan.com](http://www.EasyChoiceHealthPlan.com)

Easy Choice Health Plan HMO es una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. Las prestaciones, el formulario, la red de farmacias, las primas y los copagos/coseguros pueden sufrir modificaciones el 1 de enero de 2011. El afiliado debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B. Pueden aplicarse limitaciones, restricciones y copagos.

Usted puede ser elegible para recibir ayuda adicional para el pago de las primas y los costos de sus medicamentos de venta con receta. Para averiguar si califica para recibir ayuda adicional, llame a:

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Si es usuario de TTY, llame al 1-877-486-2048. Horario de atención: las 24 horas, los siete días de la semana.
- Oficina del Seguro Social: 1-800-772-1213. Horario de atención: lunes a viernes de 7.00 a .m. a 7.00 p. m. Si es usuario de TTY, llame al 1-800-325-0778.
- Oficina estatal de Medicaid.

Las personas de bajos ingresos pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos de venta con receta. Si usted es elegible, Medicare puede pagar hasta el 100% de los costos de los medicamentos, incluidos las primas mensuales de los medicamentos de venta con receta, los deducibles anuales y los coseguros. Asimismo, aquéllos que califiquen no estarán sujetos a la brecha de cobertura ni a multas por inscripción tardía. Mucha gente es elegible para este beneficio y ni siquiera lo sabe. Para más información sobre esta ayuda adicional, póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La inscripción al plan puede realizarse en determinados periodos del año únicamente. Comuníquese con Easy Choice Health Plan HMO para obtener más información.

Esta información se encuentra disponible en otros formatos e idiomas, incluido el español. Si necesita información sobre el plan en otro formato o en otro idioma, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-866-999-3945, los siete días de la semana de 8.00 a. m. a 8.00 p. m.

Esta información se encuentra disponible en otros formatos e idiomas, incluido el español. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-866-999-3945 si necesita información sobre el plan en otro formato o en otro idioma.