



CÓMO SER SU PROPIO Y MEJOR DEFENSOR

UNA GUÍA SOBRE CÓMO MANEJAR SU ATENCIÓN ADMINISTRADA EN IOWA

CÓMO UTILIZAR ESTA GUÍA

El seguro médico puede ser complicado, y defender sus derechos puede ser intimidante. Esperamos que esta publicación lo ayude a manejarse dentro del sistema de atención administrada por su cuenta. Esta herramienta le puede servir como recurso educativo y como referencia cuando necesite respuestas específicas e información general sobre el complejo y siempre cambiante mundo de la atención administrada. Está organizada por capítulos para que pueda encontrar fácilmente el tema de interés.

Si necesita ayuda adicional después de leer esta guía, no dude en contactarse con una de las organizaciones que se detallan en la parte posterior.

Exención de responsabilidad: Esta información tiene como objetivo brindar orientación e información general. Ninguna parte de esta guía se debe utilizar como reemplazo de un asesoramiento legal. Cuando surgen situaciones específicas, las personas deben consultar con un asesor legal.

QUIÉN CONTRIBUYÓ PARA DESARROLLAR ESTA GUÍA

Esta publicación se realizó en colaboración con el Programa del Defensor de Miembros de Planes de Atención Administrada (Managed Care Ombudsman Program), la organización Disability Rights IOWA y el programa Habitantes de Iowa con Discapacidades en Acción (Iowans with Disabilities in Action, ID Action).

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	1
—	¿Qué es la atención administrada?	2
	¿Estoy en el área de la atención administrada?	2
2	INSCRIPCIÓN EN UNA MCO	3
—	¿Cómo me inicio en mi MCO?	4
	¿Cómo puedo cambiar mi MCO?	5
	¿Cuándo entrará en vigencia el cambio?	6
3	DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	7
—	¿Cuáles son mis derechos como miembro?	8
	¿Cuáles son mis responsabilidades como miembro?	8
	¿Qué más debo saber?	8
4	QUEJAS, APELACIONES Y AUDIENCIAS IMPARCIALES ESTATALES	9
—	Quejas	11
	Apelaciones	12
	Audiencias imparciales estatales	14
5	TEMAS IMPORTANTES PARA LOS MIEMBROS	17
—	¿Qué es útil saber?	18
	Planificación centrada en la persona	18
	Manejo de casos	19
	Necesidad médica	20
	Autorización previa	21
	Nivel de atención	22
	Atención de emergencia	23
	Segundas opiniones	24
6	ASISTENCIA ADICIONAL	25
—	¿Quién más puede ayudarme?	26
7	CÓMO CREAR SU EQUIPO APOYO	29
—	¿Por qué debo crear un equipo de apoyo?	30
	¿Qué es un defensor y qué hace?	30
	¿Por qué querría tener un defensor?	30
	¿A quién puedo recurrir para obtener apoyo?	30
	¿Quién puede actuar como mi defensor?	32
	¿Existen otras formas de participar y defenderme?	32
8	APÉNDICE	33
—	Carta de apelación de muestra para miembros de una MCO	34
	Carta de solicitud de audiencia imparcial estatal de muestra para miembros	35
	Criterios del plan de servicio para miembros con exenciones	36

1

INTRODUCCIÓN





El 1.º de abril de 2016, la mayoría de los miembros de Medicaid en Iowa se inscribió en la atención administrada y comenzó a recibir servicios de una organización de atención administrada, también conocida como MCO (managed care organization). Con este cambio, hay mucho que aprender para que usted pueda ser su propio y mejor defensor. Comencemos con los aspectos básicos.

¿QUÉ ES LA ATENCIÓN ADMINISTRADA?

La atención administrada es simplemente un sistema de seguro médico que coordina la atención de pacientes para mejorar la calidad de la atención y para reducir los costos. Una MCO es el plan de seguro médico en el sistema de atención administrada que paga y administra la atención general de un paciente, y coordina su atención para mejorar o mantener su salud.

Las MCO funcionan de manera similar al seguro privado, aquí, en Iowa. El objetivo es mejorar, de la manera más rentable posible, la calidad de la atención y de la salud de los miembros que reciben atención administrada. Muchos estados cambiaron su programa de Medicaid a la atención administrada, que se está convirtiendo en el sistema más común en el país.

¿ESTOY EN EL ÁREA DE LA ATENCIÓN ADMINISTRADA?

La atención administrada no es nueva en Iowa. El programa de atención administrada de Iowa, IA Health Link, amplió la atención administrada para incluir más poblaciones y servicios. Para obtener más información, visite dhs.iowa.gov/iahealthlink. El programa administra y coordina la atención para miembros de Medicaid que reciben servicios de atención a largo plazo y de salud física y conductual a través de las MCO. Actualmente, hay tres MCO que brindan atención a miembros de la atención administrada de Medicaid. Estas son Amerigroup, United Healthcare y AmeriHealth Caritas of Iowa.

La mayoría de los miembros de Medicaid están inscritos en un plan de atención administrada y recibirán cobertura de una MCO. Para saber si es miembro de un plan de atención administrada, contáctese con Servicios para Miembros de Medicaid en Iowa llamando al 1-800-338-8366.

2

INSCRIPCIÓN EN
UNA MCO

—

¿CÓMO ME INICIO EN MI MCO?

Una vez que se determina que usted es elegible para recibir los beneficios de Medicaid y para inscribirse en un plan de atención administrada, recibe una asignación provisional a una organización de atención administrada (MCO). Esta puede o no ser la mejor MCO para usted. Es su responsabilidad elegir la MCO más adecuada para usted. Es importante que tome una decisión informada al momento de seleccionar su MCO. Si bien todas las MCO deben brindar los beneficios básicos de Medicaid a sus miembros, cada MCO tiene un sistema exclusivo de prestación de servicios.

Cada MCO contrata a proveedores para que brinden los apoyos y los servicios de salud y a largo plazo. La palabra “proveedor” hace referencia a un médico, un hospital, un centro de enfermería, una farmacia, un laboratorio o cualquier persona o grupo que brinda un servicio de atención médica. Estos proveedores contratados se consideran la “red” de proveedores de la MCO, y usted debe atenderse con los proveedores dentro de la red de la MCO.

La palabra “proveedor” hace referencia a un médico, un hospital, un centro de enfermería, una farmacia, un laboratorio o cualquier persona o agencia que brinda un servicio de atención médica.

CUANDO SELECCIONE SU MCO, CONSIDERE LO SIGUIENTE:

- ¿MI PROVEEDOR ESTÁ EN LA RED DE LA MCO?
- ¿MI FARMACIA ESTÁ EN LA RED DE LA MCO?
- ¿LA MCO TIENE ESPECIALISTAS CERCA DE MI COMUNIDAD?
- ¿EL PLAN TIENE SERVICIOS DE VALOR AGREGADO QUE PODRÍAN BENEFICIARME?
- ¿LA MCO TIENE CENTROS DE LLAMADAS O LÍNEAS DE AYUDA DISPONIBLES DESPUÉS DE LAS HORAS HÁBILES REGULARES?

Hay varios recursos disponibles para ayudarlo a identificar cuál MCO debe seleccionar:

- **LAS MCO:** Contáctese con las MCO para hacer preguntas y obtener información sobre las redes de proveedores y otros servicios que pueden beneficiarlo.
- **SERVICIOS PARA MIEMBROS DE IOWA MEDICAID (IME):** Contáctese y solicite Asesoramiento sobre opciones, un servicio que identifica con qué MCO tienen contratos sus proveedores y si hay alguna otra consideración que puede ser útil para usted.
- **PROVEEDORES:** Contáctese con sus proveedores para saber con qué MCO aceptaron trabajar.

Como miembro de una organización de atención administrada, recibirá una copia impresa de su manual para miembros de la MCO. El propósito del manual es ayudarlo a entender las políticas y los procedimientos de su MCO, y saber lo que está disponible para usted a través de su MCO. También le brinda información de contacto importante y un lugar para mantener un registro de sus proveedores. El manual para miembros de la MCO debe estar disponible en diversos formatos, tales como braille y audio, y también se puede solicitar en diferentes idiomas.

Como miembro de una MCO, tendrá dos tarjetas de identificación: **1) tarjeta de identificación de Medicaid y 2) tarjeta de identificación de la MCO.**

Es importante que conserve su manual para miembros en un lugar de fácil acceso. Si tiene preguntas sobre su MCO o si le gustaría obtener información sobre un servicio, su manual para miembros es un excelente recurso para comenzar.

Es importante que conserve ambas tarjetas. Su tarjeta de identificación de la MCO indicará su MCO, su número de identificación de la MCO, su identificación de Medicaid y números telefónicos importantes. Es importante tener en cuenta que su número de Medicaid y su número de identificación de MCO pueden ser iguales o no. Debe traer ambas tarjetas a sus citas de atención médica y presentarlas en recepción.

Si no recibe su manual para miembros o su tarjeta de identificación de la MCO, comuníquese con Servicios para Miembros de su MCO. Puede encontrar este número en el dorso de su tarjeta de identificación, en su manual para miembros y en el sitio web de la MCO.

¿CÓMO PUEDO CAMBIAR MI MCO?

Como miembro, puede cambiar su MCO durante su experiencia de atención administrada. Puede cambiar su MCO por las siguientes razones.

1 DENTRO DE LOS 90 DÍAS LUEGO DE HABERSE CONVERTIDO EN ELEGIBLE

Una vez que se determina que es elegible para ser miembro de una MCO, tiene 90 días para cambiar su MCO por cualquier razón. Por ejemplo, si su cobertura de la MCO comienza el 1.º de febrero, puede cambiar su MCO por cualquier motivo hasta el 2 de mayo.

2 DURANTE LA INSCRIPCIÓN ANUAL

Cada año, tendrá la oportunidad de cambiar su MCO durante su período de inscripción anual. Recibirá una carta de IME que le informará cuándo se encuentra usted en su período de inscripción anual. Durante este período, puede cambiar su MCO por cualquier razón, es decir “sin causa suficiente”.

3 POR UNA “CAUSA SUFICIENTE”

Si ya transcurrieron los 90 días y no se encuentra en su período de inscripción anual, debe tener una “causa suficiente” para cambiar su MCO. Algunos ejemplos de causa suficiente incluyen los siguientes:

- Necesita servicios de un proveedor que pertenece a una red de otra MCO.
- Su MCO no cubre los servicios que necesita debido a objeciones morales o religiosas.
- Su MCO le brinda una calidad de atención insuficiente.
- Recibe tratamiento inadecuado para su diagnóstico médico.
- No se hace un uso adecuado de derivaciones o proveedores de atención especializada.
- Se le niegan derivaciones para obtener segundas opiniones.
- Se proveen servicios médicos de manera inoportuna.
- Disponibilidad de un proveedor nuevo, anteriormente no disponible, que está inscrito en otra MCO.



POR EJEMPLO

¿CUÁNDO ENTRARÁ EN VIGENCIA EL CAMBIO?

Después de que solicite cambiar su MCO, recibirá una carta de confirmación de cobertura que indicará la fecha en la que comenzará a recibir cobertura de su MCO recientemente seleccionada. Esto no es un cambio inmediato. Usted seguirá recibiendo cobertura de su MCO actual hasta que el cambio entre en vigencia. Para conocer las fechas específicas relacionadas con el cambio de su MCO, contáctese con Servicios para Miembros de IME.

La fecha de entrada en vigencia de su cobertura dependerá de la fecha en la que solicita hacer su cambio.

- *Si solicita cambiar su MCO el 8 de enero, su cobertura con su nueva MCO comenzará el 1.º de febrero.*
- *Si solicita cambiar su MCO después de mediados del mes, el 21 de enero por ejemplo, su cobertura con su nueva MCO comenzará el 1.º de marzo.*
- *Siempre es mejor comunicarse con Servicios para Miembros de IME para verificar cuándo entrará en vigencia su cobertura.*

COMUNÍQUESE CON
SERVICIOS PARA MIEMBROS
DE IME **PARA CAMBIAR
SU MCO:**



1-800-338-8366
Relay Iowa, teletipo (teletype, TTY) al 1-800-735-2942



Solicite que se le envíe un formulario de inscripción de la MCO por correo. El formulario de inscripción de la MCO se puede enviar por correo, por fax o se puede escanear y reenviar por correo electrónico a IME.



imemberservices@dhs.state.ia.us

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS COMO MIEMBRO?

Es importante conocer sus derechos y responsabilidades como miembro de una organización de atención administrada. Sus derechos como miembro se describen en su manual para miembros y se establecen para protegerlo mientras trabaja con su organización de atención administrada (MCO). Tiene derecho a lo siguiente:

- **Ser tratado** con respeto y dignidad, y esperar privacidad y confidencialidad.
- **Expresar inquietudes** sin miedo a recibir represalias.
- **Participar** en el proceso de planificación de su atención y tomar decisiones sobre el tratamiento.
- **Tomar** decisiones personales.
- **Recibir información completa** de los servicios y los costos.
- **Recibir** atención médica oportuna, adecuada y accesible.
- **Acceder** a servicios de atención de emergencia sin autorización previa si su salud corre peligro.
- **Elegir** el proveedor de su preferencia entre los proveedores disponibles en su MCO.
- **Cambiar** su MCO, según lo permitido por la política del programa.
- **Recibir** servicios de interpretación.
- **Apelar** una decisión tomada por su MCO.

¿CUÁLES SON MIS RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO?

Ser un participante activo en su atención es una de las funciones más importantes que debe desempeñar para asegurarse de recibir la atención que necesita cuando la necesite. Sus responsabilidades son las siguientes:

- **Tener conocimiento** de su cobertura médica.
- **Recibir** atención regular de sus proveedores de atención médica.
- **Contactarse** con su proveedor antes de las consultas en la sala de emergencias, salvo en situaciones que requieran atención de emergencia. *(Consulte la página 14 del Manual para miembros de IA Health Link para conocer la definición de situaciones de emergencia).*
- **Llevar** su tarjeta de asistencia médica y su tarjeta de la MCO actuales en todo momento, y presentarlas cuando accede a la atención médica.
- **Llamar** al número que figura en el dorso de sus tarjetas médicas si se muda o si sus tarjetas médicas tienen impresa información incorrecta.
- **Pagar** todas las facturas médicas si no presenta su tarjeta de Iowa Medicaid o su tarjeta de la MCO al momento de su consulta.
- **Pagar** todas las facturas médicas por los servicios provistos por un profesional que no participa en el programa Iowa Medicaid o que no está inscrito en su MCO.

¿QUÉ MÁS DEBO SABER?

Lo más conveniente para usted es hacer lo siguiente:

- Mantener buenos registros.
- Notificar a su MCO sobre cualquier cambio en su salud.
- Abrir su correo de manera oportuna.
- Guardar toda la correspondencia, incluso las cartas y los sobres en los que se enviaron las cartas, de IME y de su MCO.
- Actualizar su información de contacto, según sea necesario, con IME y con su MCO.
- Analizar sus posibles necesidades futuras con su médico de atención primaria para que lo ayude a planificar su futuro.

4

QUEJAS, APELACIONES Y AUDIENCIAS IMPARCIALES ESTATALES



La calidad de la atención y de los servicios que recibe es importante para su salud diaria. Puede haber ocasiones en las que su organización de atención administrada (MCO) o su proveedor no le proporcione servicio al cliente ni calidad de servicio que cumplan con sus expectativas, o en las que puede estar en desacuerdo con una decisión que tomó su organización de atención administrada. Es importante conocer sus opciones para expresar insatisfacción o preocupación respecto a la forma en que fue tratado, o para expresar desacuerdo con una decisión que se tomó respecto de su atención.

Las siguientes secciones abordan métodos formales para compartir su problema o inquietud. A continuación se describe el proceso general.



Es importante permanecer comunicado con su administrador de casos y compartir cualquier inquietud o problema. También puede comunicar su problema directamente a su MCO contactándose con Servicios para Miembros de su MCO.



PRESENTE UNA QUEJA

Solo puede presentar una queja sobre problemas, como la calidad de la atención, inquietudes, servicio al cliente deficiente e impuntualidad. Las quejas se pueden presentar en cualquier momento. La MCO debe confirmar la recepción dentro de los tres días y debe tomar una decisión dentro de los 30 días calendario.



PRESENTE UNA APELACIÓN

Solo puede apelar decisiones relacionadas con su atención, como una reducción en los servicios o la denegación de una autorización para recibir un servicio o un medicamento con receta médica solicitados. Las apelaciones se deben presentar dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha impresa en el aviso de la decisión de la MCO. La MCO debe confirmar la recepción de la apelación dentro de los tres días y debe decidir al respecto dentro de los 30 días.

¿SIGUE INSATISFECHO?



SOLICITE UNA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal si ya agotó el proceso de apelación interna de la MCO y sigue insatisfecho con la decisión de la MCO sobre su apelación. Las solicitudes para una audiencia imparcial se deben realizar dentro de los 120 días de la fecha en que la MCO haya decidido sobre su apelación.

QUEJAS

MIS SERVICIOS NO FUERON REDUCIDOS NI DENEGADOS, PERO NO ESTOY SATISFECHO CON MI SERVICIO O TENGO OTRAS INQUIETUDES. ¿QUÉ PUEDO HACER?

PRESENTE UNA QUEJA. Una queja es un reclamo sobre algo que no sea un cambio o una reducción en sus servicios. Por ejemplo, puede presentar una queja si recibe atención o servicio al cliente deficientes por parte de su MCO, o si siente que sus derechos no son respetados.

Como miembro, usted, su proveedor o su representante autorizado puede presentar una queja en su nombre con su consentimiento por escrito. Si necesita ayuda para completar los formularios o tomar otras medidas en el proceso de queja, su MCO debe brindarle cualquier ayuda razonable.

¿CÓMO PRESENTO UNA QUEJA?

1 REVISE SU MANUAL PARA MIEMBROS.

Su manual para miembros incluirá especificaciones sobre cómo presentar una queja ante su MCO. Puede presentar su queja en cualquier momento.

2 SEPA QUÉ ES LO QUE LE QUIERE DECIR A SU MCO Y SEA LO MÁS DETALLADO POSIBLE.

Incluya fechas, horas y nombres si los recuerda. Si tiene una carta de su MCO relacionada con su motivo de la queja, guárdela en un lugar seguro para mantener un registro.


CONSEJO DE DEFENSA Asegúrese de que la información que presenta esté específicamente relacionada con su reclamo.

3 ELIJA SU MÉTODO.

Puede presentar su queja ante la MCO por teléfono o por correo.

AMERIGROUP

 1-800-600-4441
(TTY 711)

 Amerigroup Iowa, Inc.
Grievance and Appeals Department
4800 Westown Parkway, Suite 200
West Des Moines, IA 50266


AMERIHEALTH

 1-855-332-2440
(TTY 1-844-214-2471)

 AmeriHealth Caritas Iowa
Complaints and Grievances Department
ATTN: Complaints and Grievances
P.O. Box 7116
London, KY 40742

UNITED

 1-800-464-9484
(TTY 711)

 UnitedHealthcare
Grievance and Appeals
PO Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

4 PRESENTE SU QUEJA.

Consulte el proceso en su manual para miembros y sea lo más detallado posible. Si decide llamar, registre la fecha, la hora y el nombre de la persona con la que habla. Si decide enviar un correo, guarde una copia de su carta y anote el día que la envía.

5 RECIBIRÁ UN ACUSE DE RECIBO.

Dentro de los tres días hábiles a partir de la fecha en que la MCO recibió su queja, recibirá una carta de su MCO donde se confirma la recepción de su queja.

6 RECIBIRÁ UNA RESPUESTA.

Su MCO tomará una decisión sobre su queja dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en la que recibió la queja. Las decisiones que toma la MCO sobre su queja deben presentarse por escrito.

CONSEJO DE DEFENSA Usted o su MCO pueden tener 14 días adicionales si se necesita más información y es para su bien. Si su queja es urgente, su MCO debe tomar una decisión tan rápido como sea necesario.

EJEMPLO

Beth cambió de MCO para seguir recibiendo un servicio de un proveedor. Su nueva MCO no le envió una copia de su manual para miembros. Beth se comunicó con Servicios para Miembros de la MCO y solicitó un manual para miembros, pero Beth todavía no recibió una copia. Beth presenta una queja.

NO ESTOY DE ACUERDO CON UNA DECISIÓN QUE TOMÓ MI MCO SOBRE LOS SERVICIOS QUE RECIBO. ¿QUÉ PUEDO HACER?

PRESENTE UNA APELACIÓN. Una apelación es una solicitud para que su MCO reconsidere las decisiones que tomó sobre su atención. Por ejemplo, si sus horarios de servicio son reducidos, denegados o cancelados, y usted no está de acuerdo con esa medida, debe presentar una apelación. Puede apelar una decisión de su MCO independientemente de si recibe un aviso verbal o escrito. Sin embargo, los límites de tiempo para presentar una apelación no empiezan a correr hasta que se haya emitido un aviso requerido.

Cuando una MCO toma la decisión de denegar, reducir o limitar de otra manera, sus servicios, esta decisión se denomina “determinación de beneficios adversa” y la MCO debe brindarle un aviso por escrito para informarle acerca de la decisión. Si la medida de la MCO repercute sobre los servicios que usted estaba previamente autorizado a recibir, entonces, la MCO debe enviarle por correo un aviso de la decisión al menos 10 días antes de que esta se implemente.

Apelar una decisión de la MCO puede ser desafiante. Como miembro, usted, su proveedor o su representante autorizado puede presentar una apelación en su nombre con su consentimiento por escrito. Tiene derecho a la representación legal, aunque no se requiere la asistencia de un abogado. Sin embargo, si es posible, es muy recomendable tener un defensor para que lo ayude. La MCO debe brindarle toda la ayuda razonable para completar los formularios y tomar otras medidas en el proceso de apelación.

EJEMPLO

John recibe atención en su domicilio que lo ayuda a seguir siendo independiente. Cada semana, un asistente de salud a domicilio visita a John tres veces para ayudarlo a bañarse y con el cuidado personal. John recibe una carta de su MCO que le indica que su asistente de salud a domicilio lo visitará solo una vez por semana, en lugar de tres. John presenta una apelación ante su MCO.

¿CÓMO PRESENTO UNA APELACIÓN?

Siga los pasos a continuación para presentar una apelación ante su MCO. En el Apéndice A, se brinda una carta de muestra. Consulte *Carta de apelación de muestra para miembros de una MCO*.

1 REVISE LA CARTA DE AVISO DE SU MCO QUE DESCRIBE SU DECISIÓN Y SU RAZONAMIENTO.

Este aviso le indicará cómo apelar e incluirá plazos importantes. Su manual para miembros también describe las especificaciones sobre cómo presentar una apelación. Verifique la fecha de la carta de la MCO y la fecha del matasello en el sobre para determinar cuándo debe presentar su apelación. Su apelación se debe presentar dentro de los 60 días calendario de la fecha que figura en el aviso de la decisión. También puede solicitar continuar recibiendo sus beneficios durante el proceso de apelación. Esta solicitud se debe presentar dentro de los 10 días de la fecha en que la MCO le envió la decisión por correo.

i CONSEJO DE DEFENSA Siempre guarde las cartas importantes de su MCO, incluidos los sobres que indican cuándo se le enviaron las cartas.

i CONSEJO DE DEFENSA Si desea mantener sus servicios durante la apelación, debe actuar rápido. Debe solicitar específicamente la continuación de sus beneficios dentro de los 10 días a partir de la fecha en que la MCO le envió la decisión por correo; de lo contrario, la decisión de la MCO se puede implementar durante su apelación.

2 SEPA QUÉ ES LO QUE LE QUIERE DECIR A SU MCO Y SEA LO MÁS DETALLADO POSIBLE.

El aviso de la decisión de su MCO debe incluir una razón explícita de su decisión. Prepare información para refutar esa razón e inclúyala en su apelación. Por ejemplo, incluya copias de expedientes médicos que indiquen que su servicio médico es médicamente necesario. Incluya fechas, horas y nombres si los recuerda. Si tiene una carta de su MCO relacionada con su apelación, guárdela en un lugar seguro.

3 ELIJA SU MÉTODO.

Su apelación se puede presentar ante su MCO por teléfono o por correo. Si elige presentar su apelación por teléfono, deberá realizar el seguimiento con una apelación por escrito.

AMERIGROUP



1-800-600-4441
(TTY 711)



Amerigroup Iowa, Inc.
Grievance and Appeals Department
4800 Westown Parkway, Suite 200
West Des Moines, IA 50266

AMERIHEALTH



1-855-332-2440
(TTY 1-844-214-2471)



AmeriHealth Caritas Iowa
ATTN: Member Appeals
Member Appeals Department
601 Locust Street, Suite 900
Des Moines, IA 50309

UNITED



1-800-464-9484
(TTY 711)



UnitedHealthcare
Grievance and Appeals
PO Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

4 PRESENTE SU APELACIÓN.

Consulte el proceso específico que figura en su aviso de la decisión o en el manual para miembros. Guarde una copia de su apelación escrita y anote el día que la envía.

CONSEJO DE DEFENSA *Como miembro, tiene derecho a examinar el expediente de su caso, incluidos los expedientes médicos y cualquier otro documento o registro, durante el proceso de apelación. También tiene derecho a presentar evidencia en persona o por escrito.*

CONSEJO DE DEFENSA *Guarde toda documentación que indique cuándo presentó su apelación, como recibos de franqueos, recibos de correo certificado o confirmaciones por fax.*

5 RECIBIRÁ UN ACUSE DE RECIBO.

Dentro de los tres días hábiles a partir de la fecha en que la MCO recibió su apelación, recibirá una carta de su MCO donde se confirma que su apelación fue recibida. Guarde una copia de la carta y el sobre con el matasello en el que se envió para verificar las fechas.

6 RECIBIRÁ UNA RESPUESTA.

Su MCO decidirá respecto de su apelación dentro de los 30 días a partir de la fecha en que recibió la apelación. Las decisiones de la apelación de la MCO se deben realizar por escrito y deben describir la medida tomada y la razón de la medida tomada.

CONSEJO DE DEFENSA *Usted o su MCO pueden tener 14 días adicionales si se necesita más información y es para su bien.*

APELACIÓN ACELERADA (MÁS RÁPIDA)

Si el proceso estándar para una apelación podría impactar negativamente en su salud o en su capacidad para mantener o recuperar el funcionamiento máximo, puede solicitar una apelación acelerada. Para presentar una apelación acelerada, llame a su MCO. No tiene que presentar nada por escrito para una apelación acelerada; sin embargo, puede presentar documentos para respaldar su apelación enviándolos por fax a la MCO. Su MCO debe tomar una decisión dentro de las 72 horas de recibir su solicitud de apelación acelerada.

CONTINUACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Las MCO le deben seguir brindando sus beneficios mientras esté pendiente una apelación si la apelación refuta una terminación, reducción o suspensión de servicios previamente autorizados, y usted solicita la continuación de dichos beneficios dentro del plazo indicado. Si desea seguir recibiendo sus servicios durante su apelación, debe solicitar, dentro de los 10 días de recibir la decisión, que se continúen proporcionando los beneficios y debe haber presentado su apelación ante la MCO dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha del aviso de la decisión (si la apelación se presenta de forma separada de la solicitud de continuación de beneficios). Los servicios que recibe únicamente como consecuencia de una solicitud de continuación de beneficios durante su apelación deberán reembolsarse si la decisión de la MCO se ratifica.

AGOTAMIENTO ATRIBUIDO

Si su MCO no cumple con los estándares de aviso y tiempo en el proceso de apelación, usted tiene derecho a avanzar para solicitar una audiencia imparcial estatal ante el Departamento de Servicios Humanos de Iowa sin apelar primero en el nivel de la MCO. Esto se denomina agotamiento atribuido.

SIGUIENTES PASOS

Si aún no está de acuerdo con el resultado final de la apelación ante su MCO, usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal ante el Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS).

AUDIENCIAS IMPARCIALES ESTATALES

AÚN NO ESTOY SATISFECHO CON LA DECISIÓN QUE TOMÓ MI MCO RESPECTO DE MI APELACIÓN. ¿QUÉ PUEDO HACER?

SOLICITE UNA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL. Una audiencia imparcial estatal es una apelación ante el DHS, ya que es la agencia que supervisa el programa de Medicaid. En una audiencia imparcial estatal, usted plantea su caso ante un juez de derecho administrativo. Usted y su MCO tendrán la oportunidad de presentar evidencia, incluidos documentos y declaraciones de testigos. Su objetivo es demostrarle al juez que hay una necesidad médica para el servicio o los equipos que solicitó. El juez de derecho administrativo revisará la evidencia provista y tomará una decisión sobre su caso.

¿CÓMO SOLICITO UNA AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL?


Para solicitar una audiencia, siga los pasos a continuación. En el Apéndice B, se brinda una carta de muestra. Consulte *Carta de solicitud de audiencia imparcial estatal de muestra para miembros*.


1 PLAZO PARA LA SOLICITUD. Tiene 120 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta de decisión de la MCO respecto de su apelación, para solicitar una audiencia. El aviso escrito de la MCO debe informarle acerca de su derecho a solicitar una audiencia y cómo hacerlo.


2 SOLICITUD PARA CONTINUAR RECIBIENDO LOS SERVICIOS. Las MCO le deben seguir brindando sus beneficios mientras esté pendiente una apelación de audiencia si esta apelación refuta una terminación, reducción o suspensión de servicios previamente autorizados; el período de la autorización original no venció, y el miembro solicita la continuación de esos servicios. Si desea seguir recibiendo sus servicios durante su apelación de audiencia, debe solicitar esto dentro de los 10 días de recibir la decisión de la MCO sobre su apelación.

i CONSEJO DE DEFENSA *Si el juez ratifica la decisión de la MCO, es posible que usted sea el responsable de pagar el servicio que recibió durante el proceso de audiencia.*

3 ELIJA SU MÉTODO PARA PRESENTAR Y ENVIAR SU SOLICITUD. Se recomienda explicar el servicio o el problema por el que apela. Además, indique que ya completó el nivel de apelación ante la MCO o que tiene derecho al “agotamiento atribuido” debido a problemas relacionados con el aviso o los plazos en el proceso de apelación ante la MCO. En el Apéndice B, se incluye una solicitud escrita de muestra para una audiencia imparcial estatal. Guarde una copia de su solicitud escrita y anote la fecha en la que envió su solicitud a la Sección de Apelaciones del DHS. Su solicitud para una audiencia se puede presentar ante la Sección de Apelaciones del DHS por teléfono, por correo o en persona.

 DHS Appeals Section
1-515-281-3094

 Department of Human Services Appeals Section
1305 E. Walnut Street, 5th Floor
Des Moines, IA 50319

 Complete un formulario de apelación en el sitio web del DHS en dhs.iowa.gov.

4 RECIBIRÁ UN ACUSE DE RECIBO. Recibirá una carta de la Sección de Apelaciones del DHS que confirma la recepción de su solicitud para una audiencia imparcial estatal.

5 REVISIÓN DE SU SOLICITUD. La Sección de Apelaciones del DHS revisará su solicitud para determinar si se puede conceder una audiencia. Si se concede una audiencia, usted recibirá un aviso de audiencia. El aviso de audiencia incluirá la fecha y la hora de la audiencia e indicará quién es el juez de derecho administrativo que la presidirá. La mayoría de las audiencias se realizan por teléfono. Si prefiere una audiencia en persona, su aviso de audiencia indica cómo hacer esa solicitud.



6

PREPÁRESE PARA LA AUDIENCIA.

Es importante estar organizado, conocer sus derechos y demostrar que hay una necesidad médica para los servicios o equipos solicitados. Para prepararse para su audiencia, debe hacer lo siguiente:

RECOPILE DOCUMENTOS. Organice cualquier información o registro que documente la necesidad médica para los servicios o equipos solicitados. Si se produjo una reducción o interrupción del servicio en el pasado, y esto tuvo un efecto negativo en su salud, asegúrese de recopilar cualquier documento para demostrarlo.

SOLICITE DOCUMENTOS. Tiene derecho a ver toda la información en su expediente, incluida la información que la MCO utilizó cuando tomó la decisión de denegar, finalizar o reducir el servicio. Contáctese con su MCO para solicitar una copia de su expediente completo. Le recomendamos solicitar el expediente completo ya que, si bien la MCO habrá utilizado sus evaluaciones más recientes para tomar su decisión, el expediente puede incluir evaluaciones pasadas que lo ayudarán a demostrar que las últimas evaluaciones no reflejan sus necesidades actuales. Consulte el Paso 8 “Plantee su caso” a continuación para ver una lista de verificación de los testigos y la evidencia.

COMPARTA DOCUMENTOS. Usted debe compartir los documentos que planea utilizar durante su audiencia. El aviso de audiencia le indicará cuándo y cómo presentar sus documentos. La MCO también debe compartir los documentos que pretende utilizar en la audiencia. El DHS también puede presentar un resumen de la apelación. Estos documentos, por lo general, se comparten dentro de los cinco días hábiles antes de la fecha de la audiencia.

INVITE A OTROS. Debe contar con profesionales médicos, como su médico, para que lo ayuden a explicar la necesidad médica para el servicio que solicita. Otras personas involucradas en la provisión de atención, como los trabajadores de atención directa, también pueden ser buenos testigos. Si no pueden asistir a la audiencia, pueden escribir una carta que explique la necesidad médica para el servicio.

7

ASISTA A SU AUDIENCIA.

Su audiencia, probablemente, se realice mediante conferencia telefónica, a menos que solicite una audiencia en persona. Es su responsabilidad llamar para la audiencia. Puede llamar con cinco minutos de anticipación antes del horario programado para el inicio de la audiencia. El juez facilitará la audiencia. Usted y la MCO tendrán determinadas oportunidades para exponer su caso.

8

PLANTEE SU CASO.

Esta es su oportunidad para explicarle al juez por qué necesita el servicio o los equipos. Es importante que usted:

- Demuestre la necesidad médica.
- Indique el tipo y la cantidad de servicio que necesita.
- Explique cómo el servicio lo ayudó o lo ayudará.
- Demuestre cómo se ve afectada su salud si no recibe el servicio.

Para plantear su caso, deberá presentar evidencia y brindar declaraciones de testigos. Presente evidencia que ayude al juez a conocer cuál es el servicio o el equipo solicitado, y por qué lo necesita. La evidencia puede incluir lo siguiente:

- Testimonios
- Registros (médicos, escolares, etc.)
- Documentos (cartas de su médico, información sobre el servicio o el equipo)
- Objetos (cualquier evidencia que no sea la declaración testimonial, los registros o los documentos. Por ejemplo, si solicitó un equipo determinado, puede mostrarle al juez una imagen de ese equipo)

Una audiencia imparcial estatal de Medicaid solo puede abordar el asunto de la denegación, la suspensión, la reducción o la terminación de los servicios. Este no es el momento para plantear otros problemas que tiene con la MCO o con su proveedor de servicios, o cualquier frustración o insatisfacción que tenga. No es bueno para su caso desviar la atención del juez del problema actual en cuestión. Es mejor mantenerse enfocado.

Los testigos pueden incluir cualquier persona que pueda atestiguar sobre su necesidad médica de recibir el servicio o de contar con el equipo. El testigo debe tener la capacidad de describir el servicio y la cantidad solicitada, el impacto en su salud y las consecuencias de no tener el servicio. Considere las siguientes personas como testigos:

- Médico
- Profesional médico
- Proveedor
- Administrador de casos
- Familia
- Amigos

Verifique los cronogramas de sus testigos para asegurarse de que estén disponibles el día y la hora de su audiencia. Si un testigo solo está disponible para testificar en un horario determinado o un día determinado, infórmele al juez antes de la fecha de la audiencia. Si uno de sus testigos no está disponible, eso puede ser una "causa suficiente" para solicitar un aplazamiento (o una fecha de audiencia posterior).

9

RECIBIRÁ LA DECISIÓN.

El juez decidirá respecto de su caso y comunicará una decisión propuesta. La decisión no se comunicará durante la audiencia. Usted será notificado acerca de la decisión final dentro de los 90 días de la fecha de la apelación.

Ambas partes tienen derecho a apelar la decisión propuesta del juez de derecho administrativo, por eso, lea la decisión detenidamente para conocer los derechos de apelación adicionales. La decisión propuesta por el juez brindará más detalles sobre este proceso.

Obtenga más información sobre el proceso de audiencia imparcial estatal revisando la información en el sitio web del DHS.

¿PUEDO OBTENER AYUDA CON MI APELACIÓN?

Cualquier persona de su confianza puede ayudarlo durante su audiencia, por ejemplo:

- Médico
- Profesional médico
- Proveedor
- Administrador de casos
- Familia
- Amigos

También tiene derecho a la representación legal en la audiencia.

5

TEMAS IMPORTANTES
PARA LOS MIEMBROS

¿QUÉ ES ÚTIL SABER?

Conducirse en el sistema de atención administrada puede ser complejo. Las siguientes secciones abordan temas que son especialmente importantes para su experiencia como miembro de un plan de atención administrada. Estos temas lo ayudarán a tener una mejor idea de qué debe esperar de su organización de atención administrada (MCO). Es muy recomendable que tenga a alguien de confianza que lo ayude a garantizar que estas expectativas se cumplan cuando se relacionan con su atención.

PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Como miembro, la atención que recibe se debe enfocar en usted, en sus necesidades y en sus preferencias. Usted es la parte más importante de su plan de atención. Esto significa que las evaluaciones que se realizan para determinar sus necesidades de atención y desarrollar su plan de servicio deben reflejar con exactitud sus necesidades y preferencias.

La planificación centrada en la persona permite asegurar que usted tenga acceso a beneficios cubiertos y que su MCO controle los servicios que recibe para garantizar que sus necesidades se cubran de manera adecuada. Su MCO debe coordinar y compartir información con su comunidad y apoyos naturales, y con sus proveedores de servicio en todo el sistema de suministro de atención médica. Su MCO también debe ayudarlo a resolver cualquier inquietud relacionada con la prestación de su servicio o los proveedores. Si cambia de MCO, su MCO actual debe comunicarse con sus proveedores para que no haya ninguna interrupción ni retraso en sus servicios. Si recibe servicios de exención, consulte el Apéndice C para saber qué debe incluir su plan de servicio centrado en la persona.

La planificación centrada en la persona es un proceso dirigido por el miembro y que tiene el objetivo de identificar las fortalezas, las capacidades, las preferencias, las necesidades y los resultados deseados de la persona.

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

El proceso de planificación centrada en la persona debe incluir lo siguiente:

- Sus contactos (representante legal o autorizado, médico, familia, administrador de casos, etc.)
- Persona principal que será su punto de contacto primario
- Horarios y lugares para su atención
- Consideraciones culturales
- Estrategias para resolver conflictos
- Servicios y apoyos que recibe, y quién los brinda
- Cómo solicitar actualizaciones en su plan de atención
- Entornos alternativos basados en la comunidad y en el hogar
- Actividades diarias, empleo y oportunidades educativas



MANEJO DE CASOS

La función de su administrador de casos de la MCO es ayudar a garantizar que se cumplan los requisitos para sus necesidades, su salud y su seguridad. Su administrador de casos puede ayudarlo a acceder a recursos dentro de su MCO y de su comunidad según sus necesidades y preferencias.

Su administrador de casos es responsable de trabajar con usted para desarrollar un plan que satisfaga sus necesidades específicas a través de Medicaid y de los servicios y apoyos elegibles para la atención administrada. Su administrador de casos también puede coordinar el acceso a sus proveedores, identificar servicios comunitarios, ayudarlo a trabajar con su MCO y ayudarlo a resolver problemas relacionados con su atención.

Su administrador de casos es un punto de contacto principal con su MCO. Su administrador de casos se pondrá en contacto todos los meses ya sea en persona o por teléfono, y debe reunirse con usted en su casa cada tres meses. Puede llamar a su administrador de casos siempre que lo necesite. No espere a que su administrador de casos se contacte con usted.

i CONSEJO DE DEFENSA *Informe a su administrador de casos sobre cualquier cambio en su salud o respecto de necesidades. Si tiene una emergencia o lo hospitalizan, informe a su administrador de casos una vez que pueda.*

Su administrador de casos tiene un rol importante en su calidad de vida y acceso a los servicios. Si no está satisfecho con su administrador de casos, tiene derecho a solicitar uno nuevo llamando a Servicios para Miembros de su MCO. Cuando presente su solicitud para un nuevo administrador de casos, indique por qué le gustaría tener un nuevo administrador de casos y describa las preferencias que tenga para su próximo administrador de casos. Su MCO considerará estos puntos al momento de asignar a un administrador de casos.

NECESIDAD MÉDICA

Medicaid solo brinda servicios que se consideran médicamente necesarios. Esto significa que deberá demostrar que el servicio o el equipo es una necesidad médica. Si es un miembro que recibe servicios y apoyos a largo plazo a través de una MCO, puede utilizar una variedad de servicios para cubrir sus necesidades médicas a fin de garantizar su calidad de vida. El rol de la MCO es colaborar con usted para identificar qué servicios son necesarios y en qué cantidad.

Cuando se identifica una necesidad, la solicitud para un servicio debe atravesar un proceso de aprobación dentro de la MCO. Durante este proceso, la MCO evalúa el servicio y la cantidad solicitados para asegurarse de que sean médicamente necesarios y específicos para sus necesidades. La definición de “médicamente necesario”, probablemente, dependa de su edad.

AL TÉRMINO “NECESIDAD MÉDICA” lo define el estado en su contrato con las MCO.

PARA JÓVENES MENORES DE 21 AÑOS, la Ley de Medicaid define “necesidad médica” como ‘atención médica, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas necesarios para corregir o mejorar defectos y enfermedades y afecciones físicas y mentales’.

A “NECESIDAD MÉDICA PARA ADULTOS” la define el estado en su contrato con las MCO. En Iowa, los servicios cubiertos se revisan para asegurar lo siguiente:

1. Que sean apropiados y necesarios para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de la afección del miembro.
2. Que se brinden para el diagnóstico o la atención directa y el tratamiento de la afección del miembro, lo que le permite al miembro lograr una evolución razonable en el tratamiento.
3. Que se encuentren dentro de los estándares de la práctica profesional y se brinden en el momento adecuado y en el entorno adecuado.
4. Que el objetivo principal no sea la conveniencia del miembro, del médico del miembro ni de otro proveedor.
5. Que se encuentren en el nivel de servicios cubiertos más adecuado que se pueda brindar con seguridad.

La MCO debe ser objetiva durante este proceso. Sin embargo, la MCO se basa en la información proporcionada por usted y las personas que le brindan asistencia. Para demostrar que un servicio es médicamente necesario, es importante informar por qué ese servicio es necesario y tener evidencia o documentación para respaldar la necesidad. La mayoría de las veces, el médico respaldará el motivo por el que el miembro necesita un servicio cubierto relacionado con el problema de salud o la discapacidad. La MCO considerará la información individual relacionada con su salud médica o conductual, y la disponibilidad de los proveedores para cubrir su necesidad.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA

- Incluya cartas de todos los proveedores de atención médica y de servicios relevantes.
- Incluya los tratamientos previos que probó, los resultados que produjeron y qué lo llevó a cambiarlos.
 - Sea específico.
 - Incluya fechas.
 - Indique por qué necesita el servicio.



AUTORIZACIÓN PREVIA

La autorización previa (prior authorization, PA) es el proceso que utiliza su MCO para aprobar una solicitud para un servicio o un medicamento con receta médica. No todos sus servicios necesitarán una PA. Si tiene preguntas sobre las PA, es mejor contactarse primero con Servicios para Miembros de su MCO o con su administrador de casos.

Si usted y su proveedor determinan que usted se beneficiaría de un servicio o de un medicamento con receta médica que requiere una PA, es responsabilidad del proveedor solicitar una PA. La MCO, su proveedor y usted deben seguir el siguiente proceso de PA:

- 1 Su proveedor** le brinda información a la MCO para demostrar que el servicio o el medicamento con receta médica es médicamente necesario.
- 2 La MCO** cuenta con un equipo que revisa la información basándose en normas y pautas del Departamento de Servicios Humanos de Iowa.
- 3 Si la solicitud se aprueba**, la MCO se lo informará a usted y a su proveedor.
- 4 Si la solicitud no se aprueba**, usted y su proveedor recibirán una carta que explica el motivo de la decisión.

Las PA se deben gestionar dentro de los siete días, aunque la mayoría probablemente se resuelva en solo un par de días o menos. Las PA de farmacias se procesarán dentro de las 24 horas después de que el proveedor presenta la PA.

La autorización previa es el proceso de obtención de una aprobación relacionada con la idoneidad de un servicio o medicamento.

Si su MCO rechaza su solicitud o la aprueba por menos de lo que se solicitaba, les debe enviar a usted y a su proveedor una carta que explique lo siguiente:

- La decisión de la MCO sobre la solicitud de la PA
- Las razones de la MCO para la decisión
- Su derecho a presentar una apelación ante la MCO
- Cómo presentar una apelación ante la MCO e información relacionada



NIVEL DE ATENCIÓN

Para recibir servicios y apoyos a largo plazo a través de su MCO, tiene que necesitar el nivel de atención de un centro. El proceso de evaluar si usted necesita un nivel de atención de un centro de enfermería también permite identificar los servicios y apoyos necesarios para garantizar su calidad de vida. Esto se lleva a cabo a través de una evaluación del nivel de atención.

La evaluación del nivel de atención se completa cuando usted se vuelve elegible para recibir los beneficios de Medicaid y, luego, se revisa durante su evaluación anual. Si sus necesidades cambiaron y necesita más servicios o un cambio en el entorno de atención, también se puede realizar una reevaluación. Su administrador de casos de la MCO debe participar en la programación y en sus evaluaciones del nivel de atención, así como cualquier persona de su confianza para garantizar que usted comunique claramente sus necesidades.

Una agencia contratada por su MCO es la que se encarga de llevar a cabo la evaluación del nivel de atención. La persona que administra la evaluación le hará una variedad de preguntas sobre su salud y su capacidad para completar tareas diarias. Es muy importante que responda las preguntas de manera correcta y que describa completamente su estado de salud y habilidades. Por ejemplo, si tiene la capacidad de vestirse solo pero demora varias horas para hacerlo por su cuenta, es importante que informe esto durante su evaluación.

Tiene derecho a solicitar una copia de su evaluación del nivel de atención. Asegúrese de revisar su evaluación y de verificar que se haya completado de manera precisa antes de que la persona de la agencia se retire. Si hay algo en la evaluación con lo que usted no está de acuerdo, hable con su administrador de casos y demás personas para analizar cómo corregirlo.



ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Una emergencia es cuando necesita obtener atención de inmediato por un trauma, una lesión grave y síntomas potencialmente mortales. Si necesita atención de emergencia, llame al 911 o vaya al hospital más cercano, independientemente de si el hospital pertenece a la red de proveedores de su MCO. Si es una emergencia real, no necesita llamar primero a su MCO. Una vez que haya recibido atención médica y si puede, informe a su MCO y a su médico de atención primaria (primary care physician, PCP) que usted visitó la sala de emergencias. Ejemplos de emergencias:

- Dolor de pecho
- Ahogamiento
- Herida grave o sangrado intenso
- Dificultad para respirar
- Espasmos o convulsiones graves
- Pérdida del habla
- Huesos rotos
- Quemaduras graves
- Sobredosis de drogas
- Pérdida repentina de la sensibilidad o imposibilidad para moverse
- Mareos, desmayos y pérdidas del conocimiento graves

LÍNEA DE ENFERMERÍA

Si tiene una pregunta médica o desea recibir asesoramiento sobre si necesita atención de emergencia, puede llamar a la línea de enfermería o al médico de turno de su MCO. La línea de enfermería o su médico de turno son recursos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana para brindarle asesoramiento médico de profesionales médicos capacitados. También puede comunicarse con su PCP. Los números de teléfono para la línea de enfermería, el médico de turno y el PCP de su MCO se indican en su tarjeta de identificación de la MCO. Estos números son específicos de su MCO y también puede encontrarlos en el manual para miembros de su MCO debajo o cerca de la sección de atención de emergencia.



SEGUNDAS OPINIONES

Identificar y diagnosticar en forma precisa un problema de salud complejo puede ser desafiante para cualquier proveedor, pero hacerlo bien es muy importante. Puede haber ocasiones en las que usted o su representante autorizado tengan preguntas sobre un diagnóstico o sobre las opciones de cirugía o tratamiento para un problema de salud. Puede presentar una solicitud en su MCO para tener una segunda opinión de un profesional calificado dentro de su red de proveedores.

Una segunda opinión es una oportunidad para que usted pueda obtener una evaluación clínica por parte de un proveedor calificado que no sea el que originalmente recomendó un servicio de salud propuesto para evaluar la necesidad clínica y la idoneidad de este. Normalmente, las segundas opiniones son brindadas por proveedores que tienen contrato con su MCO. Sin embargo, si no hay un proveedor que tenga contrato con su MCO para brindar una segunda opinión, su MCO debe encargarse de que usted pueda obtener una segunda opinión de un proveedor fuera de su red sin cargo para usted.

CONSEJO DE DEFENSA

Si desea obtener una segunda opinión, pídale a su PCP que presente una solicitud por usted. Eso se realiza sin cargo. Una vez que se aprueba la segunda opinión:

- *Usted recibirá noticias de su PCP.*
- *Su PCP le informará la fecha y la hora de la cita.*
- *Su PCP también le enviará copias de todos los pertinentes registros al médico que brindará la segunda opinión.*
- *Su PCP les informará a usted y a su MCO el resultado de la segunda opinión.*

LAS SEGUNDAS OPINIONES son una oportunidad o un requisito para obtener una evaluación de un proveedor que no sea el que originalmente recomendó un servicio de salud propuesto. El propósito es evaluar la necesidad y la idoneidad del servicio de salud propuesto.

6

ASISTENCIA ADICIONAL

—

¿QUIÉN MÁS PUEDE AYUDARME?

Esta guía tiene como objetivo llevarlo por el camino correcto para conducirse en el sistema de atención administrada. Sin embargo, aun así puede tener preguntas sin responder. A continuación, se describen recursos adicionales si necesita más asistencia.

SERVICIOS PARA MIEMBROS DE LA MCO

Como miembro de un plan de atención administrada, usted tiene acceso a Servicios para Miembros de la Organización de Atención Administrada (MCO). Si tiene un problema, una inquietud o una pregunta sobre su atención, su MCO debe ser su primer punto de contacto. El Departamento de Servicios para Miembros de la MCO ofrece una línea de ayuda exclusiva dotada de personal capacitado con conocimiento sobre su MCO y equipado para manejar una variedad de preguntas de los miembros. Si Servicios para Miembros no puede brindarle asistencia directa con su pregunta o si usted desea que lo conecten con otro servicio de la MCO, Servicios para Miembros tiene la capacidad de transferirlo directamente. Servicios para Miembros también está disponible por correo electrónico y correo postal, y tiene servicios para comunicarse si usted no habla inglés, es sordo o tiene problemas de audición.

Servicios para Miembros de la MCO puede responder preguntas sobre lo siguiente:

- Manual para miembros de la MCO
- Tarjeta de identificación de miembro de la MCO
- Proveedores de atención médica
- Beneficios de atención médica
- Utilización o manejo de la atención médica
- Atención de bienestar
- Tipos especiales de atención médica
- Vida saludable
- Quejas y apelaciones
- Derechos y responsabilidades

La comunicación con su MCO es un proceso continuo. Su MCO debe estar al tanto de cualquier cambio en su salud y en sus proveedores, así como de los cambios en el estilo de vida y de las emergencias. Comunicarse con su MCO permite garantizar sus servicios y su salud. Si tiene una pregunta o un problema, o necesita ayuda, contáctese con su MCO. Si esta no puede proporcionar ayuda, solicite que lo conecten con la fuente correspondiente o que se lo ayude a encontrar la respuesta.

CONTACTO



Amerigroup
1-800-600-4441



AmeriHealth
1-855-332-2440



United
1-800-464-9484

SERVICIOS PARA MIEMBROS DE IOWA MEDICAID

Si bien su MCO gestiona y coordina su atención médica, Iowa Medicaid (IME) también tiene una función. Servicios para Miembros de IME es una línea de servicio al cliente equipada para ayudarlo con preguntas relacionadas específicamente con Medicaid. Los representantes de servicio al cliente están capacitados para brindar asistencia sobre facturación, cambios de dirección, información de Medicaid, tarjetas de identificación de Medicaid, MCO y responsabilidades de terceros. Si tiene preguntas relacionadas con Medicaid, Servicios para Miembros de IME es un excelente recurso para utilizar. Si ningún representante está disponible para responder su pregunta o asistirlo directamente, se lo derivará al recurso correspondiente. Servicios para Miembros de IME también está disponible por correo electrónico y correo postal, y tiene servicios para comunicarse si usted no habla inglés, es sordo o tiene problemas de audición.

CONTACTO



1-800-338-8366



imemberservices@dhs.state.ia.us

EL PROGRAMA DEL DEFENSOR DE MIEMBROS DE PLANES DE ATENCIÓN ADMINISTRADA

El Programa del Defensor de Miembros de Planes de Atención Administrada defiende los derechos y las necesidades de los miembros de planes de atención administrada de Medicaid que viven o reciben atención en un centro de atención médica, un programa de vida asistida o un hogar de ancianos, y de los miembros inscritos en uno de los siete programas de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (home and community-based services, HCBS) de Medicaid, que incluyen los siguientes:

- Sida/VIH
- Lesión cerebral
- Salud mental infantil
- Personas mayores
- Salud y discapacidad
- Discapacidad intelectual
- Discapacidad física

El Programa del Defensor de Miembros de Planes de Atención Administrada brinda lo siguiente:

- Educación e información sobre sus derechos como miembro de un plan de atención administrada de Medicaid.
- Defensa y resolución de reclamos cuando no puede resolver un problema con su MCO.
- Asistencia con las apelaciones cuando no está satisfecho con una decisión que tomó su MCO sobre su atención.

CONTACTO



1-866-236-1430



managedcareombudsman@iowa.gov

OFICINA DEL DEFENSOR

La Oficina del Defensor es una agencia independiente e imparcial donde los ciudadanos pueden presentar sus quejas sobre el gobierno. Al facilitar las comunicaciones entre los ciudadanos y el gobierno, y hacer recomendaciones para mejorar las prácticas y los procedimientos administrativos, el defensor promueve la capacidad de respuesta y la calidad en el gobierno.

El defensor tiene autoridad para investigar reclamos sobre el gobierno local y estatal de Iowa, con ciertas excepciones. El defensor intenta resolver la mayor parte de los problemas de manera informal. Después de una investigación, el defensor puede emitir conclusiones y recomendaciones, y publicar un informe. El defensor puede hacer lo siguiente:

- Investigar un reclamo contra una agencia, un funcionario o un empleado del gobierno local o estatal de Iowa de manera independiente, imparcial y confidencial, en la medida que la ley lo permita.
- Recibir un reclamo sobre Iowa Medicaid o su MCO.
- Trabajar con una agencia para intentar resolver un problema cuando una investigación demuestra que la agencia actuó en contra de lo dispuesto por la ley, de manera irracional o injusta, o cometió un error.
- Hacer recomendaciones a las agencias para cambios administrativos o políticos cuando corresponda.
- Responder preguntas sobre el gobierno o derivar a una persona a la agencia o entidad correspondiente para obtener respuestas.

CONTACTO



1-515-281-3592



www.legis.iowa.gov/ombudsman



DISABILITY RIGHTS IOWA

Disability Rights IOWA (DRI) es un bufete legal independiente y sin fines de lucro que brinda servicios para defender y promover los derechos humanos y legales de los habitantes de Iowa que sufren discapacidades y enfermedades mentales. Los casos aceptados por DRI se basan en las áreas de enfoque establecidas por la Junta Directiva de DRI. DRI puede brindar asistencia en cuestiones relacionadas con el abuso, la negligencia, la discriminación y la denegación de servicios.

CONTACTO



1-515-278-2502
Número gratuito:
1-800-779-2502
Retransmisión 711

www.



www.disabilityrightsiowa.org

info@driowa.org

IOWA LEGAL AID

Iowa Legal Aid es una organización sin fines de lucro que brinda asistencia legal esencial para habitantes de Iowa vulnerables y de bajos ingresos que no tienen otro lugar donde acudir. Junto con abogados voluntarios de todo el estado, Iowa Legal Aid ayuda a que el sistema legal trabaje para aquellos que no pueden solventar la ayuda para cuestiones legales.

CONTACTO



1-515-243-1193

www.

www.iowalegalaid.org

IOWA STATE BAR ASSOCIATION

Para obtener información adicional y remisiones a abogados que pudieran ayudarlo, contáctese con la Iowa State Bar Association.

CONTACTO



(800) 457-3729



isba@iowabar.org

www.

www.iowafindalawyer.com



CÓMO CREAR SU EQUIPO DE APOYO



¿POR QUÉ DEBO CREAR UN EQUIPO DE APOYO?

Un equipo de apoyo y defensores puede ayudarlo a dirigir el sistema de atención administrada. Su equipo de apoyo debe estar conformado por personas que pueden ofrecer apoyo práctico y emocional para mantener o mejorar su calidad de vida. Las personas de su equipo de apoyo deben ser fiables, de confianza y deben conocerlo a usted y tener conocimiento de sus necesidades. Su equipo de apoyo puede cambiar según sus necesidades y experiencias. Ejemplos de casos en los que debe contactar a su equipo de apoyo:

- Identificación de recursos
- Ayuda para explicar sus necesidades
- Participación en su experiencia de atención médica
- Ayuda con las comunicaciones con la organización de atención administrada (MCO) y el programa IA Health Link
- Ayuda para tomar decisiones sobre su experiencia de atención administrada

¿QUÉ ES UN DEFENSOR Y QUÉ HACE?

La palabra “defensor” puede significar diferentes cosas, como las siguientes:

1. Persona que habla a favor de algo o alguien.
2. Alguien que apoya una causa.
3. Alguien que habla en nombre de otra persona.
4. Alguien que ayuda a otros a tomar decisiones por ellos mismos.

A los efectos de esta guía, utilizamos la palabra con el significado n.º 4. Un defensor es alguien que lo ayuda a entender información que puede ser complicada.

¿POR QUÉ QUERRÍA TENER UN DEFENSOR?

- No entiende algo lo suficientemente bien como para tomar una decisión.
- Le gustaría hablar sobre la decisión que debe tomar antes de tomar la decisión final.
- Le gustaría obtener más información.
- Le gustaría obtener ayuda para hablar con los demás.
- Necesita ayuda para mantener un registro de la documentación y los expedientes.

Un defensor puede hacer muchas cosas que pueden ser útiles para usted, como las siguientes:

1. Tomar nota por usted.
2. Ayudarlo a decidir qué preguntas debe hacer.
3. Explicarle las cosas.
4. Obtener más información para usted.
5. Asistir a las reuniones con usted.
6. Hablar con otros junto con usted (no deben hablar por usted sin su presencia).

¿A QUIÉN PUEDO RECURRIR PARA OBTENER APOYO?

- Familia
- Amigos
- Agencias
- Asociaciones
- Organizaciones de defensoría
- Administrador de casos
- MCO

¡Haga una lista de las personas que consideraría para que integren su equipo de apoyo!

UN DEFENSOR NO ES LA PRINCIPAL PERSONA ENCARGADA DE TOMAR LAS DECISIONES. ¡USTED LO ES!



¿QUIÉN PUEDE ACTUAR COMO MI DEFENSOR?

Muchas personas pueden actuar como defensor. Elija a alguien:

- 1** que lo conozca bien, lo entienda y sepa lo que le gusta y lo que no;
- 2** que lo ayude, pero que sepa que USTED tiene que participar en las decisiones sobre su vida;
- 3** que lo ayude a entablar relaciones positivas con las personas que le brindan servicio;
- 4** que lo ayude a adquirir nuevas habilidades y le permita ponerlas en práctica.

¿EXISTEN OTRAS FORMAS DE PARTICIPAR Y DEFENDERME?

Hay oportunidades para compartir su experiencia como miembro de un plan de atención administrada.

REUNIONES DE OPINIÓN PÚBLICA SOBRE IA HEALTH LINK

- ▶ El Departamento de Servicios Humanos de Iowa realiza reuniones de opinión pública para recopilar información sobre el programa de atención administrada IA Health Link. Las reuniones se realizan una vez por mes en diferentes lugares de Iowa.
- ▶ Llame a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid para obtener más información.

COMITÉ ASESOR DE LA MCO

- ▶ Cada MCO se reúne periódicamente con un grupo de miembros para debatir cuestiones relacionadas con la MCO, las experiencias de los miembros y varios temas. Esta es una oportunidad para conocer más sobre la MCO, hacer preguntas y brindar comentarios a la MCO.
- ▶ Llame a Servicios para Miembros de su MCO y pregunte sobre el Comité Asesor.

LEGISLADORES

- ▶ Los legisladores desean saber qué es importante para usted. Esto les permite entender qué es lo que usted desea o necesita para poder ayudarlo mejor. Puede encontrar su legislador en www.legis.iowa.gov/legislators/find.

APÉNDICE A | CARTA DE APELACIÓN DE MUESTRA PARA MIEMBROS DE UNA MCO

[FECHA]

[ORGANIZACIÓN DE ATENCIÓN ADMINISTRADA]

[DIRECCIÓN]

Asunto: Apelación y solicitud de continuación de beneficios

Estimado coordinador de apelaciones de miembros:

Soy beneficiario de Medicaid y miembro actual de su compañía de atención administrada. Esta carta es una solicitud de apelación de [describa qué es lo que apela]. También solicito que mis beneficios continúen mientras se considera esta apelación.

ANTECEDENTES

Me diagnosticaron [indique todas sus afecciones médicas relevantes]. [Describa cómo lo perjudican sus afecciones diagnosticadas e incluya los servicios que recibe para tratar esas afecciones. Solo incluya información que sea relevante para los problemas específicos por los que apela].

[Incluya una breve descripción de los problemas por los que apela. Indique específicamente cada decisión que tomó la MCO con la que no está de acuerdo e incluya las fechas de ser posible. Asegúrese de enumerar cada problema por el que apela o puede perder sus derechos de apelación para los problemas que no enumera].

DEBATE

[Ahora describa su argumento. Explique por qué la decisión de la MCO es incorrecta. Incluya información detallada del impacto negativo que tendrá la decisión de la MCO en usted. Incluya información u opiniones de sus proveedores médicos que respalden su argumento si tiene esta información. A continuación, se describen algunos ejemplos de problemas comunes:

La reducción o terminación de servicios puede perjudicar su salud y seguridad, o puede hacer que deba trasladarse a un centro de salud.

La reducción o terminación de servicios no se basó en sus necesidades médicas.

La evaluación utilizada en la decisión era incorrecta, o sus necesidades cambiaron.

El aviso provisto era insuficiente o inoportuno].

CONCLUSIÓN

Esto es una solicitud de apelación de [los problemas descritos anteriormente]. También solicito seguir recibiendo los beneficios durante esta apelación.

Atentamente.

[Nombre]

Adj.: [Asegúrese de indicar cualquier documento de respaldo que presenta con su apelación].

APÉNDICE B | CARTA DE SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL DE MUESTRA PARA MIEMBROS

[FECHA]

Department of Human Services
Appeals Section
1305 E. Walnut Street, 5th Floor
Des Moines, Iowa 50319

**SE REQUIERE CORREO CERTIFICADO
Y ACUSE DE RECIBO**

ASUNTO: Solicitud de audiencia imparcial estatal
Nombre de cliente, n.º de Medicaid [_____]

Coordinador de apelaciones de miembros:

Recibí una carta escrita con fecha [inserte la fecha de su carta] de mi compañía de atención administrada, [indique el nombre de la MCO]. La MCO redujo, suspendió o finalizó [indique la acción de la MCO aquí]. Esta carta es para solicitar una audiencia imparcial estatal.

ANTECEDENTE Y RAZÓN DE LA APELACIÓN

[Describase o describa a la persona en nombre de la cual escribe, y las circunstancias fácticas aquí].

AGOTAMIENTO DEL PROCESO DE APELACIÓN ANTE LA MCO

[Nombre del miembro] agotó el proceso de apelación ante la MCO. [Nombre del miembro] recibió una carta de denegación inicial con fecha [indique el mes, el día y el año] de la MCO [indique el nombre de la MCO]. Apelé esta decisión en una carta con fecha [indique la fecha de la carta]. El [indique la fecha de la denegación], la MCO [indique el nombre de la MCO] denegó nuevamente este reclamo. La razón citada para su decisión era que la información revisada [indique la razón de la denegación, p. ej., no determina la necesidad médica para el servicio solicitado]. No estamos de acuerdo con la decisión de la MCO de que [indique nuevamente la razón, p. ej., este dispositivo no es médicamente necesario].

Los ejemplos pueden incluir los siguientes:

- ▶ Incumplimiento de los requisitos de lenguaje y formato, como no recibir una denegación por escrito, falta de contenido requerido en el aviso e impuntualidad del aviso.
- ▶ Incumplimiento de la MCO en el manejo de la queja o la apelación. Un ejemplo es cuando un revisor de la apelación ante la MCO es la misma persona involucrada en el nivel de revisión anterior o no es un profesional con experiencia clínica adecuada. Otro ejemplo es cuando no se le brinda al miembro una copia del expediente del caso del miembro cuando se solicita.

[Indique si la persona desea que sus beneficios de Medicaid continúen mientras el proceso de apelación está pendiente. Esto se debe solicitar dentro del plazo de 10 días a partir de la fecha del aviso de la carta de decisión de la MCO].

SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

[Indique su nombre] solicita una audiencia imparcial estatal.

Atentamente.

[Nombre]

[Dirección] | [Número de teléfono]

Se recomienda indicar cualquier otra razón, incluidos los problemas de inadecuación o impuntualidad con el aviso de determinación adversa de beneficios y los derechos de apelación de la persona.

APÉNDICE C | CRITERIOS DEL PLAN DE SERVICIO PARA MIEMBROS CON EXENCIONES

¿QUÉ DEBE INCLUIR MI PLAN DE SERVICIO?

Como miembro, usted debe ser el líder en el desarrollo de su plan de servicio cuando sea posible. Su plan de servicio debe reflejar los servicios y apoyos que son importantes para usted a fin de poder cubrir sus necesidades identificadas a través de la evaluación de necesidades. También es importante que se incluyan sus preferencias en cuanto a la provisión de dichos servicios y apoyos. El plan debe abarcar la variedad completa de apoyos y servicios médicos y no médicos provistos por su organización de atención administrada (MCO) o disponibles en la comunidad para garantizar el máximo grado de integración y los mejores resultados de salud posibles y la satisfacción.

Si tiene un representante o un ser querido de confianza, puede dejar que participe en los debates sobre su plan de servicio con su MCO. Su MCO debe reunir un equipo de proveedores para analizar su plan de servicio. Usted y el equipo de la MCO deben trabajar de manera conjunta para identificar los servicios en función de sus necesidades y deseos, así como la disponibilidad y la idoneidad de los servicios. En caso de una emergencia, su MCO trabajará con el equipo para identificar un apoyo complementario de emergencia y un sistema de respuesta a las crisis para abordar los problemas o las cuestiones que surjan cuando los servicios de apoyo son interrumpidos o están retrasados, o cuando sus necesidades cambian. Si recibe atención a través de un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), su plan de servicio debe:

- Incluir** sus fortalezas y preferencias.
- Incluir** las necesidades clínicas y de apoyo identificadas mediante su evaluación de necesidades según lo analizó con su equipo de la MCO.
- Incluir** sus objetivos identificados y los resultados deseados, de modo que sean visibles y medibles.
- Incluir** las intervenciones y los apoyos necesarios para cumplir con sus objetivos y las medidas de acción.
- Reflejar** los servicios y los apoyos, ambos pagados y no pagados, que lo ayudan a lograr sus objetivos; la frecuencia de sus servicios; y los proveedores de esos servicios y apoyos, incluidos los apoyos naturales, como los seres queridos.
- Incluir** los nombres de los proveedores responsables de llevar a cabo cualquier intervención o apoyo, incluida la persona responsable de implementar cada objetivo en el plan, y los plazos para cada servicio.
- Incluir** actividades que lo motiven a tomar decisiones que le permitan experimentar una sensación de logro y a modificar o continuar con la participación en su plan de servicio.
- Reflejar** el entorno donde prefiere y elige vivir.
- Garantizar** que el entorno que elige le brinde acceso completo a toda la comunidad y oportunidades para buscar empleo y entornos laborales si así lo decide.
- Apoyarlo** para que pueda participar en su comunidad, controlar sus propios recursos personales y recibir servicios en la comunidad con el mismo grado de acceso que las personas que no están inscritas en Medicaid y que reciben servicios basados en el hogar y la comunidad.
- Incluir** una descripción de las restricciones en sus derechos, incluida la necesidad de la restricción y un plan para recuperar sus derechos. Para este propósito, los derechos incluyen el mantenimiento de los fondos personales y la autoadministración de los medicamentos.
- Reflejar** los factores de riesgo y las medidas vigentes para minimizarlos, incluidos los planes de respaldo individualizados y las estrategias cuando corresponda.
- Incluir** un plan para emergencias.
- Ser** fácil de entender para usted y estar escrito en un lenguaje simple y de una manera que sea accesible para usted.
- Identificar** quién es responsable de supervisar su plan.
- Ser** concretado y aceptado con su consentimiento informado por escrito, y firmado por todas las personas y los proveedores responsables de la implementación de su plan de servicio.
- Ser** entregado a usted y a las demás personas que participan en su plan de servicio.
- Indicar** si usted optó por dirigir los servicios por su cuenta y, según corresponda, qué servicios decidió dirigir por su cuenta.
- Evitar** servicios y apoyos innecesarios o inadecuados.

