

## PROCEDIMIENTOS DE PROTESTAS Y APELACIONES DE MIEMBROS

Valoramos a nuestros miembros. Queremos que nos informe de inmediato si no está satisfecho con nuestro plan de salud. Esto incluye si tiene alguna pregunta, queja o problema con los servicios cubiertos o el cuidado que recibe. Si en algún momento necesita ayuda para hacer esto en otro idioma o formato alternativo, llámenos. En esta sección le explicaremos cómo informarnos sobre estas inquietudes.

Si usted presenta una protesta o una apelación, debemos ser justos y no podemos hacer que usted abandone nuestro plan de salud o tratarlo mal.

Si usted presenta una protesta o una apelación relacionada con el cuidado dental que haya recibido a través de Liberty Dental Plan, nuestros equipos de Protestas y Apelaciones de WellCare of New Jersey trabajarán en su solicitud.

### PROTESTAS

Una protesta, a veces denominada queja, consiste en informarnos que usted no está satisfecho con nosotros, un proveedor o un servicio. Las protestas pueden referirse, sin limitación, a lo siguiente:

- Problemas de calidad del cuidado;
- Tiempo de espera durante las visitas al proveedor;
- La manera en que sus proveedores u otras personas se comportan o lo tratan;
- Falta de limpieza en los consultorios de los proveedores; o
- No obtener la información que necesita.

Usted puede presentar una protesta llamándonos o escribiéndonos. Para presentarla telefónicamente, llame a Servicios a Miembros al **1-888-453-2534**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

Para escribirnos, envíe su correspondencia a:

**WellCare**  
**Attn: Grievance Department**  
**P.O. Box 31384**  
**Tampa, FL 33631-3384**

La protesta puede ser presentada por usted, o por otra persona en su nombre. Esto incluye a su Proveedor de Cuidado Primario o a otro proveedor. Debemos tener su consentimiento escrito antes de que otra persona pueda presentar una protesta por usted. Usted puede presentar una protesta en cualquier momento. En nuestro sitio web puede encontrar formularios para presentar una protesta o apelación.

Puede presentar una protesta verbalmente o por escrito.

¿Necesita ayuda para presentar una protesta? Llame a Servicios a Miembros al **1-888-453-2534**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

Dentro de los cinco días hábiles de recibir su protesta, le enviaremos una carta en la que le informaremos que la hemos recibido. Luego tomaremos una decisión sobre su protesta dentro de los 30 días. Le enviaremos una carta con nuestra decisión.



# APELACIONES

## APELACIONES A LA ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN (UM)

Usted puede presentar una apelación UM cuando no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado en función de una necesidad médica con respecto a su cuidado. Puede solicitar una apelación UM en cualquiera de los siguientes casos:

- Tomamos una determinación adversa de conformidad con un programa de revisión de utilización;
- Denegamos acceso a cuidado especializado y a otros cuidados;
- Denegamos la continuación de algún cuidado;
- Denegamos la elección de un proveedor;
- Denegamos la cobertura de los costos de rutina del paciente en relación con un ensayo clínico aprobado;
- Denegamos acceso a medicamentos necesarios;
- Establecemos límites arbitrarios en servicios médicamente necesarios;
- Denegamos el pago de un beneficio total o parcialmente;
- Denegamos o limitamos la autorización de un servicio solicitado, incluido el tipo o el nivel de servicio;
- Reducimos, suspendemos o finalizamos un servicio previamente autorizado;
- No prestamos los servicios de manera oportuna; y
- Denegamos un servicio basándonos en la falta de necesidad médica.

Cuando se tome alguna de estas acciones, usted recibirá una carta de nuestra parte. Esto se denomina “Carta de notificación de acción” o “Carta NOA”. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación UM. Todas las apelaciones UM son revisadas por alguien calificado para tomar estas decisiones.

## APELACIÓN UM INTERNA

Usted debe presentar su apelación UM dentro de los 60 días a partir de la fecha en que reciba la carta NOA. Puede presentar su apelación llamando al **1-888-453-2534**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**. También puede presentar una apelación UM por escrito. Envíe su apelación a la siguiente dirección:

**WellCare**  
**Attn: Appeals Department**  
**P.O. Box 31368**  
**Tampa, FL 33631-3368**

Si solicita una apelación interna por teléfono, debe hacer un seguimiento escribiendo a la dirección mencionada anteriormente.

La protesta puede ser presentada por usted, o por otra persona en su nombre. Esto incluye a su PCP u otro proveedor. Debemos tener su consentimiento escrito antes de que otra persona pueda presentar una apelación por usted. Si usted necesita ayuda, nuestro equipo de Servicios a Miembros puede ayudarle con su apelación.

Revisaremos su apelación y le enviaremos una carta de decisión. Si se trata de una emergencia o usted está en el hospital, decidiremos su apelación dentro de las 72 horas. Para todas las otras apelaciones UM internas, decidiremos sobre su apelación dentro de los 30 días calendario. Usted o una persona que elija para actuar en su nombre pueden revisar toda la información que utilizamos para tomar la decisión.

Los servicios activos continuarán durante el proceso de apelación. No tiene la obligación de solicitar la continuación de los beneficios para que estén cubiertos.

## **APELACIONES “RÁPIDAS” O “ABREVIADAS”**

Puede haber ocasiones en que usted o su proveedor necesiten que tomemos una decisión más rápida sobre una apelación. Esto podría deberse a que usted o su proveedor consideran que esperar el plazo de apelación estándar podría perjudicar gravemente su salud. (En el caso de una apelación interna, el plazo de apelación estándar es de 30 días calendario). En tal caso, puede solicitarnos una apelación “rápida” o “abreviada”

Para solicitar una apelación rápida, usted o su proveedor deben llamarnos o enviarnos un fax. Llame a Servicios a Miembros al **1-888-453-2534**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**. Envíe un fax al **1-877-297-3112**.

También puede enviarnos más información o proporcionar comentarios para una apelación rápida. El plazo para enviar esta información es limitado. Esto se debe al breve plazo para procesar una apelación rápida.

Si su solicitud de apelación se presentó por teléfono, no es necesario realizar una notificación por escrito. Decidiremos sobre su apelación dentro de las 72 horas.

¿Qué ocurre si solicita una apelación rápida y decidimos que no es necesaria? En ese caso, haremos lo siguiente:

- Cambiar la apelación al plazo de resolución estándar (30 días calendario para las apelaciones internas);
- Hacer lo razonablemente posible por llamarlo;
- Enviar una carta de seguimiento por escrito dentro de los 2 días para informarle que la apelación será procesada como apelación estándar; y
- Comunicarle por teléfono y por escrito que usted puede presentar una protesta sobre el rechazo de la solicitud de apelación rápida.

## **INFORMACIÓN ADICIONAL**

Usted u otra persona que actúe en su nombre pueden proporcionarnos más información si consideran que puede resultar útil para su apelación. Esto puede hacerse en cualquier momento durante el proceso de apelación. El plazo para enviarnos más información es limitado en el caso de las apelaciones rápidas.

## **ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN INDEPENDIENTE (IURO)**

Existe otro paso a seguir si usted no está satisfecho con nuestra decisión sobre su apelación UM interna. La apelación IURO es una apelación externa realizada por una organización de revisión de utilización independiente (IURO) administrada por el Departamento de Bancos y Seguros (DOBI). Si desea presentar una apelación externa, debe solicitarla dentro de los 60 días después de haber recibido la notificación de la determinación adversa de la apelación interna.

Los servicios indicados a continuación pueden no ser elegibles para el proceso de apelación externa (IURO).

- Cuidado familiar para adultos;
- Programa de vida asistida;
- Servicios de vida asistida – cuando el rechazo no obedece a una necesidad médica;
- Capacitación del cuidador/participante;
- Servicios de tareas domésticas;
- Servicios de transición a la comunidad;
- Cuidado de apoyo en el hogar;
- Entrega de comidas a domicilio;
- Servicios de asistente de cuidado personal (PCA);
- Cuidado de relevo (por día y por hora);
- Cuidado diurno social;
- Programa de día estructurado – cuando el rechazo no obedece a una necesidad médica; o
- Servicios de apoyo durante el día.

Tal como para los otros pasos de una apelación, usted o su PCP, con su consentimiento por escrito, pueden solicitar una apelación externa. Para ello, siga estos pasos:

1. Complete el Formulario de solicitud de apelación externa (se lo enviaremos con la carta de Notificación de acción).
2. Firme el formulario (esto otorga a la IURO su permiso para revisar su información de apelación)
3. Envíe por correo el formulario diligenciado y firmado a:

New Jersey Department of Banking  
Consumer Protection Services  
Office of Managed Care  
P.O. Box 329  
Trenton, NJ 08625-0329

Una vez que la IURO reciba su formulario y la información de la apelación, tomará una decisión dentro de los 45 días calendario. Usted puede considerar que esperar 45 días calendario puede perjudicar su salud. En ese caso, puede llamar al Departamento de Bancos y Seguros al **1-888-393-1062** para solicitar una apelación rápida o abreviada (dentro de las 48 horas). (Aunque usted solicite una revisión rápida, de todas formas debe completar el formulario mencionado anteriormente). Le comunicaremos la decisión de la IURO con respecto a su apelación dentro de los diez (10) días hábiles de su decisión.

Nosotros aceptaremos la decisión de la IURO.

## **AUDIENCIAS IMPARCIALES DE MEDICAID**

Los miembros de NJ FamilyCare A y NJ FamilyCare ABP tienen derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid. Si no está seguro sobre su elegibilidad, por favor llame a Servicios a Miembros al **1-888-453-2534**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**. Si usted es elegible para una audiencia imparcial de Medicaid, debe solicitarla por escrito dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha en que recibe la decisión adversa sobre la apelación interna. Los 120 días incluyen fines de semana y días feriados. También puede solicitarla una persona que usted haya designado para actuar en su nombre. Envíe su solicitud por escrito a:

State of New Jersey  
Division of Medical Assistance and Health Services  
Fair Hearing Unit  
P.O. Box 712  
Trenton, NJ 08625-0712

○

Envíe por fax la solicitud completa de la audiencia imparcial de Medicaid, incluida la carta NOA completa, al **609-588-2435**.

En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo. También puede ir acompañado por un asesor legal, un familiar, un amigo u otra persona que lo represente. Usted deberá explicarle a un juez de la Oficina de ley administrativa (OAL) por qué considera que hemos tomado una decisión equivocada. Nosotros también le explicaremos los motivos de nuestra decisión. El juez escuchará a ambas partes y comunicará su opinión a Medicaid. Luego, Medicaid tomará la decisión definitiva.

## **CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS DURANTE LAS APELACIONES INTERNAS Y EXTERNAS**

Sus beneficios continuarán automáticamente durante las apelaciones internas y externas (IURO) si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- a. Usted o su proveedor presentan la apelación a tiempo;
- b. La apelación involucra la finalización, suspensión o reducción de un tratamiento previamente autorizado;
- c. El servicio fue ordenado por un proveedor de la red, y

d. El último de estos dos eventos:

- Usted solicita la apelación mientras la autorización previa continúa vigente, o
- Dentro de los 10 días posteriores al envío de nuestra notificación de determinación de beneficios adversos.

El plan debe enviar la notificación de determinación de beneficios adversa al menos 10 días calendario antes de la finalización de la autorización previamente aprobada. Si no lo hacemos, extenderemos la autorización a 10 días calendario posteriores al envío de la notificación.

Si usted o su proveedor no cumplen con los ítems “a” a “d” anteriores, es posible que usted no pueda obtener la continuación de los beneficios. Sin embargo, de todos modos tendrá 60 días a partir de la recepción de la notificación de determinación de beneficios adversa para solicitar una apelación interna.

Para las personas elegibles que solicitan el proceso de audiencia imparcial de Medicaid, la continuación de beneficios debe ser solicitada por escrito a más tardar al producirse el último de estos dos eventos:

- Dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha de la carta de notificación de acción luego de una determinación adversa resultante de una apelación interna o externa (IURO), o
- A más tardar el último día de la autorización previamente aprobada

Duración de los beneficios continuados o restablecidos: El plan continuará los beneficios del miembro mientras una apelación o una audiencia imparcial esté pendiente, hasta que ocurra uno de los siguientes:

- a. El miembro retira la apelación o la solicitud de una audiencia imparcial de Medicaid;
- b. El miembro omite solicitar una audiencia imparcial de Medicaid y la continuación de beneficios dentro de los 10 días calendario después de que el plan envía la notificación de resolución adversa de la apelación externa del miembro; o
- c. La decisión de una audiencia imparcial de Medicaid no es a favor del miembro

A veces el plan o el funcionario de la audiencia imparcial del Estado revierten una decisión de denegar la autorización de servicios. Si eso sucede y usted recibió los servicios durante la apelación, debemos pagar por los servicios.

## **AYUDA ADICIONAL**

Usted tiene el derecho, en cualquier momento.

**NJ Department of Human Services**  
**Division of Medical Assistance and Health Services**  
P.O. Box 712  
Trenton, NJ 08625-0712

O puede llamar al 1-800-356-1561.

Debe consultar las preguntas más frecuentes en el sitio web de NJ FamilyCare para obtener más información.

WellCare Health Plans cumple todas las leyes federales de derechos civiles aplicables. No excluimos ni tratamos a las personas de una manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

If English is not your first language, we can translate for you. We can also give you info in other formats. That includes Braille, audio and large print. Just give us a call toll-free. You can reach us at **1-888-453-2534**. For TTY, call **711**.

Si el español es su lengua materna, podemos brindarle servicios de traducción. También podemos proporcionarle información en otros formatos. Estos incluyen braille, audio y letra de imprenta grande. Simplemente, llámenos sin cargo al **1-888-453-2534**. Para TTY llame al **711**.

如果中文是您的母語，我們可以為您翻譯。我們也可以用其它格式為您提供資訊。這些格式包括布萊葉文、音頻及大字體。僅需撥打我們的免費電話。您可以撥打 **1-888-453-2534** 聯絡我們。TTY 用戶請撥打 **711**。