



PLANES GUILDNET MEDICARE

Agravios, determinaciones organizacionales / de cobertura y apelaciones

GuildNet Gold HMO-POS SNP y GuildNet Health Advantage HMO-POS SNP son planes coordinados de atención de la salud que tienen un contrato con Medicare Advantage y un contrato con el programa Medicaid de Nueva York. Nuestro compromiso es ofrecerle los servicios de alta calidad que usted se merece y aumentar la satisfacción de todos nuestros afiliados. Si usted tuviera alguna queja sobre nuestro plan, sus proveedores o farmacias, por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-815-0000, de lunes a viernes, de 8:00am a 8:00pm. Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para ayudarlo por teléfono. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-662-1220. También nos puede escribir al: 15 West 65th Street, New York, NY 10023, o visítenos a nuestra página del web: www.guildnetny.org y seleccionar el enlace "Presente una queja". Al presionar este enlace, usted será dirigido a la página web de Medicare: www.medicare.gov, donde podrá presentar una queja electrónicamente.

Quejas y apelaciones

Nuestros miembros tienen el derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado. Cuando usted tenga algún problema sobre alguna decisión que hayamos tomado sobre sus beneficios, cobertura o pago, usted puede presentar una apelación y nosotros reconsideraremos nuestra decisión. Cuando tenga otros problemas, tales como problemas relacionados con la calidad de atención de salud que usted recibe, nuestro plan, proveedores o farmacias, usted puede presentar un agravio.

Consulte el Capítulo 9 del Certificado de Cobertura o haga un clic en los siguientes enlaces para mayor información sobre apelaciones y agravios.

GuildNet Gold (HMO-POS SNP):
<http://jgb.org/pdf/GNGold/EvidenceOfCoverage.pdf>
GuildNet Health Advantage (HMO-POS SNP):
www.jgb.org/pdf/GNHA/EvidenceOfCoverage.pdf

Agravios

Usted o su **representante autorizado** pueden presentar un agravio ante nuestro plan llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-815-0000 (Sistema TTY 1-800-662-1220), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. o escribiéndonos a: 15 West 65th Street, New York, NY 10023. Si no podemos resolver su problema por

Sirviendo a todas las personas



teléfono, lo resolveremos lo más pronto posible, pero en no más de treinta (30) días calendario, contando a partir de la fecha en que nuestro plan recibe su petición. Es posible que nos tomemos más tiempo, hasta catorce (14) días, si necesitamos información adicional. Le notificaremos nuestra decisión por escrito.

Algunas veces tendremos que tomar una decisión dentro del periodo de 24 horas de recibir su queja. Tomaremos una decisión rápida sobre una queja, si su salud así lo exige. También tomaremos una decisión rápida cuando usted presenta una queja sobre nuestra decisión de tomarnos más tiempo, o sobre nuestra decisión de denegarle su petición de decisión rápida sobre una petición o apelación de servicios que usted haya presentado. Le notificaremos nuestra decisión por teléfono o por escrito.

Decisiones de cobertura

Las decisiones de cobertura tienen que ver con las decisiones que tomamos con respecto a lo que cubrimos para nuestros miembros y con respecto a lo que el plan paga. Las decisiones de cobertura también tienen que ver con asuntos relacionados a los pagos por servicios o medicamentos ya obtenidos. Las decisiones sobre cobertura médica se manejan diferente a las decisiones de cobertura sobre medicamentos recetados.

Determinaciones organizacionales

Las determinaciones organizacionales tienen que ver con las decisiones de cobertura que tomamos con respecto a servicios médicos (por ejemplo, internaciones en hospitales, y servicios ambulatorios o provistos por médicos). Tendremos que tomar una decisión sobre una petición de servicio o artículo lo más pronto que su salud lo exija, pero no más de catorce (14) días, contando a partir de la fecha que recibimos su petición. Puede solicitar una determinación expedita (rápida), si usted o su médico consideran que su salud podría verse seriamente perjudicado si espera por una decisión ordinaria. Si se aprueba su petición de determinación expedita, deberemos darle una decisión en un máximo de 72 horas, después de haber recibido su solicitud. Algunas veces, es posible que nos tomemos hasta 14 días adicionales para completar nuestra revisión. Si esto sucediera, le informaremos cuándo será que tomaremos la decisión. También tiene el derecho a solicitar pagos por servicios que ya ha recibido. Le informaremos por escrito sobre nuestra decisión final.

Para solicitar una determinación organizacional, usted, su proveedor o su representante autorizado nos pueden llamar al 1-800-815-0000, Sistema TTY 1-800-662-1220, de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm. Nos puede escribir a: GuildNet Gold, P.O. Box 4296, Kingston, NY 12402.

Sirviendo a todas las personas



Determinaciones de cobertura (incluye Excepciones)

La determinación de cobertura es la decisión que tomamos con respecto a pagar o cubrir sus medicamentos de la Parte D; esto incluye una excepción al formulario, al nivel de costo compartido para un medicamento, o a la restricción de utilización. Por lo general, deberemos tomar nuestra decisión dentro del período de 72 horas de haber recibido el atestado/declaración del médico que le haya emitido la receta, respaldando su solicitud. Puede solicitar una determinación expedita (rápida), si usted o su proveedor consideran que su salud podría verse seriamente perjudicada si espera por una decisión ordinaria. Si se aprueba su solicitud de determinación expedita, deberemos darle una decisión en un máximo de 24 horas, después de haber recibido el atestado/declaración de su médico, o del médico que le haya emitido la receta, respaldando su solicitud.

Generalmente, GuildNet sólo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, o si el medicamento que está en el nivel de costo compartido más bajo, no fueran tan eficaces en el tratamiento de su afección pudieran causarle efectos médicos adversos. Cuando solicite una excepción, deberá incluir una declaración o atestado de su médico, o del médico que le emite la receta, respaldando su solicitud. Puede hacer uso del impreso disponible para estos propósitos en nuestra página web.

Para solicitar una determinación de cobertura, usted, el médico que le ha emitido la receta, o su representante autorizado deberá utilizar el impreso disponible en nuestra página web, o nos puede llamar al 1-877-444-3973 (Sistema TTY 1-866-248-0640), de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm. También puede escribir a la siguiente dirección: Pharmacy Services, P.O. Box 1520 JAF Station, New York, NY 10116-1520. Utilice el número de teléfono y la dirección anteriores para solicitar pagos para medicamentos de la Parte D que ya ha recibido.

Apelaciones

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una acción que usted puede tomar si no está de acuerdo con alguna decisión de pago o cobertura que hayamos tomado. Deberá presentar su apelación dentro de un periodo de 60 días del calendario, contando a partir de la fecha en que le enviamos la carta notificándole nuestra decisión de cobertura. Puede presentar una apelación si le denegamos:

- Una petición para servicios de atención de la salud, insumos, productos o medicamentos recetados que usted piensa debería recibir;

Sirviendo a todas las personas



- Una petición para servicios de atención de la salud, insumos, productos o medicamentos recetados que usted ya recibió y fue denegada;
- Una petición para cambiar el monto que usted debe pagar por un medicamento recetado.

Cómo solicitar una apelación

Usted puede solicitar una apelación ordinaria de cobertura o de determinación organizacional. Deberemos darle una respuesta en no más de 7 días después de haber recibido su apelación de medicamentos recetados y en no más de 30 días después de haber recibido su apelación médica.

Puede solicitar una apelación expedita (rápida) de cobertura o de determinación organizacional, si usted o su médico consideran que su salud podría verse seriamente perjudicada si espera por una apelación ordinaria. Aceleraremos su petición automáticamente, si su proveedor nos lo solicita. Si se aprueba su petición de apelación expedita, deberemos darle una decisión en un máximo de 72 horas, después de recibir su apelación.

Si usted presenta una apelación por concepto de habersele denegado el pago de algún servicio, deberemos tomar una decisión dentro del periodo de 60 días. No obstante, es posible que solicitemos más tiempo para revisar su caso. Si esto sucede, se lo notificaremos por escrito.

Para solicitar una apelación puede escribirnos a: GuildNet, P.O. Box 4296, Kingston, NY 12402; nos la puede enviar por fax al: 845-340-3435; o puede llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al: **1-800-815-0000** (Sistema TTY: 1-800-662-1220). Utilice el número de teléfono y la dirección anteriores para solicitar pagos para medicamentos de la Parte D que ya ha recibido.

¿Quién puede presentar una apelación?

Usted o una persona que usted designe para que lo represente (su representante autorizado) puede presentar una apelación. Usted puede designar a un familiar suyo, a un amigo, a un abogado, a un médico, o a cualquier otra persona para que lo represente. Es posible que ya otros hayan sido autorizados para que lo representen bajo las leyes estatales. Rellene el impreso titulado "Nombramiento de Representante", el cual está a su disposición en nuestra página web. Puede enviarnos el impreso vía fax o por correo al número o dirección indicados anteriormente.

Sirviendo a todas las personas



¿Qué debo incluir en mi solicitud de apelación?

Deberá incluir su nombre, dirección, número de identificación del miembro, las razones por las cuales está apelando y cualquier prueba que desee agregar. Si su apelación se refiere a una decisión de denegar algún medicamento que no forma parte de nuestro formulario, el médico que le emite la receta deberá atestar que ninguno de los medicamentos, en cualquier nivel de nuestro formulario, sería tan eficaz en el tratamiento

de su afección como el medicamento que ha solicitado, el cual no está incluido en el formulario, o cualquier medicamento en el mencionado formulario podría perjudicar su salud.

¿Qué sucede después?

Si después de haber presentado su apelación, sus medicamentos recetados o servicios médicos siguen siendo denegados, usted puede solicitar una revisión independiente de su caso, la cual será realizada por un revisador externo, o sea un revisor que no pertenece a nuestro plan. Nosotros enviaremos su apelación denegada para servicios médicos automáticamente al revisor independiente. Si usted no estuviera de acuerdo con esa decisión, usted tendrá derecho a seguir apelando. Si esto sucede, usted será informado sobre sus derechos de apelación.

Es posible que Medicaid le otorgue derechos adicionales de apelación para los servicios cubiertos por nuestros planes bajo Medicaid. Para mayor información, por favor llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros o consulte su Certificado de Cobertura.

Por favor, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-815-0000, de lunes a viernes, de 8:00am a 8:00pm, si tiene alguna pregunta. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-662-1220.

H6864_MEM12_21 File & Use11162011

Sirviendo a todas las personas