



Sus derechos de reclamo y apelación como miembro de Healthy Blue

Como miembro de Healthy Blue, usted tiene derechos. Si tiene una duda, queremos ayudar. Pedir ayuda no afectará el cuidado que usted recibe.

Si tiene preguntas sobre sus derechos o cualquiera de los pasos a continuación, llámenos al **833-838-2593 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro.

Reclamos y apelaciones

Se puede presentar un **reclamo** para cualquier problema sobre su cuidado. Se puede presentar una **apelación** si cree que una decisión sobre su cuidado fue incorrecta. A continuación, encontrará más información.

Reclamos

Según se define en el título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), sección §438.400(b), un reclamo es una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto diferente a una acción o determinación adversa de beneficios. Esto podría incluir, entre otros:

- La calidad del cuidado médico o de los servicios provistos y aspectos de las relaciones interpersonales, tales como la descortesía de un proveedor o empleado.
- La falta de respeto por los derechos del miembro independientemente de si se solicitan medidas correctivas.
- El derecho del miembro a impugnar una prórroga propuesta por el plan médico para tomar una decisión de autorización.
- Disconformidad con la forma en que fue tratado.
- Disconformidad con la calidad del cuidado médico o los servicios que recibió.
- Problemas para recibir cuidado.
- Problemas de facturación.
- El deseo de cambiar de plan médico.

Cómo presentar un reclamo

Si no está satisfecho y quiere presentar un reclamo, usted o su representante autorizado (con su consentimiento por escrito) puede presentar un reclamo oralmente o por escrito, en cualquier momento.

Puede presentar su reclamo por teléfono, correo, fax o a través de su aplicación **SydneySM Health**. También puede descargar el formulario de reclamos de miembros en <https://www.healthybluekansas.com/medicaid/complaints-grievances>. Adjunte al formulario cualquier documento, comentario o información que nos pueda ayudar a investigar su problema. No es necesario presentar un formulario de reclamo para presentar un reclamo.

Para presentar su reclamo por teléfono, llame al: **833-838-2593 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro

[healthybluekansas.com/medicaid](https://www.healthybluekansas.com/medicaid)

Para presentar su reclamo por fax, envíelo al: **877-881-1305**

Para presentar su reclamo por correo, envíelo a: Grievance Department
Healthy Blue
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466

Infórmenos lo siguiente:

- Quién está involucrado en el reclamo.
- Qué sucedió.
- Cuándo sucedió.
- Dónde sucedió.
- Por qué no está satisfecho con sus servicios médicos.

Si usted y/o su representante quieren presentar evidencia en persona o por teléfono, puede llamarnos para hacerlo. Les informaremos a usted y/o a su representante sobre el tiempo limitado disponible para presentar su información.

Puede llamarnos al **833-838-2593 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro si:

- Necesita ayuda para presentar su reclamo o completar formularios.
- Quisiera presentar su reclamo por teléfono.
- Necesita presentar su reclamo como acelerado por motivos médicos urgentes.

También tiene derecho a presentar un reclamo directamente ante el estado, una vez que haya completado nuestro proceso de reclamos interno, si no puede obtener atención adecuada desde el punto de vista cultural. Para obtener más información, llámenos al **833-838-2593 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro.

Después de presentar un reclamo

En un plazo de 10 días calendario desde el momento en que recibamos su reclamo, le enviaremos una carta confirmando que lo recibimos. Investigaremos su problema y tomaremos una decisión tan rápidamente como lo requiera su condición médica, pero a más tardar en 30 días calendario a partir de la fecha en que hayamos recibido su reclamo. Le enviaremos una carta con nuestra decisión.

Extensiones de los reclamos

Si necesita más tiempo para enviarnos información, usted puede agregar hasta 14 días calendario al tiempo del reclamo. La solicitud de tiempo adicional para resolver su reclamo deberá realizarse dos días hábiles antes de los 30 días calendario permitidos para resolver su reclamo. También podemos agregar hasta 14 días calendario al tiempo del reclamo si necesitamos más información para tomar una decisión. Además, le enviaremos una carta con el motivo del retraso dentro de dos días calendario e intentaremos contactarlo por teléfono. Si no está de acuerdo con el retraso, tiene derecho a presentar un reclamo.

Apelaciones

Una apelación es una solicitud formal para la revisión de una determinación adversa de beneficios. Usted o cualquier persona que usted elija para representarlo (con su consentimiento por escrito) durante el proceso de apelación, incluyendo un abogado o su médico, puede pedir una apelación si recibe un *Aviso de determinación adversa de beneficios* de nuestra parte diciéndole que un servicio médico:

- Ha sido negado o limitado.
- Ha sido reducido, suspendido o terminado.
- No ha sido proporcionado de manera oportuna.

Cómo presentar una apelación

Si no está satisfecho y le gustaría presentar una apelación, usted, o alguien que usted elija para que lo represente, debe pedir una apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en la carta del *Aviso de determinación adversa de beneficios*, más tres días calendario adicionales para permitir el envío del aviso. Puede presentar su apelación oralmente o por escrito. Si elige a otra persona para que lo represente, necesitaremos su consentimiento por escrito. Usted tiene derecho a presentar comentarios escritos, documentos y otra información relevante con su apelación.

Puede presentar una apelación por teléfono, correo postal, fax o a través de su aplicación Sydney Health.

Para presentar su apelación por teléfono llame al: **833-838-2593 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro

Para presentar su apelación por fax, envíela al: **877-881-1305**

Para presentar su apelación por correo, envíela a: Appeals Department
Healthy Blue
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466

Apelaciones aceleradas

Si usted considera que esperar 30 días calendario podría ser perjudicial para su salud, es posible que podamos darle una respuesta en el transcurso de las 72 horas. Esto se denomina apelación acelerada (rápida). En su solicitud, indíquenos por qué considera que esperar 30 días calendario podría ser perjudicial para su salud. Puede llamarnos al **833-838-2593 (TTY 711)** o también puede enviar por fax su apelación acelerada al **877-881-1305**. Asegúrese de marcar "ACELERADA" en el formulario antes de enviarlo por fax. Tomaremos una decisión y trataremos de llamarlo en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibamos su apelación. También le enviaremos una carta con nuestra decisión.

Si no pensamos que esperar 30 días calendario perjudicará su salud, le enviaremos una carta en un plazo de dos días calendario para informarle que completaremos su apelación lo más pronto posible en un plazo de 30 días calendario. También

intentaremos llamarlo para informarle nuestra decisión. Si no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho a presentar un reclamo.

Después de presentar una apelación

Puede revisar el expediente del caso. Esto incluye historias clínicas u otros documentos tomados en cuenta durante nuestro proceso de apelación. En cualquier momento durante el proceso de apelación, puede pedirnos, sin costo, una copia de toda la documentación. Esto incluye lo que usamos para tomar esta decisión. En un plazo de cinco días calendario desde el momento en que recibamos su apelación, le enviaremos una carta confirmando que la recibimos. Revisaremos su solicitud de apelación y tomaremos una decisión en un plazo de 30 días calendario desde la fecha en que recibamos su apelación. Las apelaciones aceleradas se resolverán en un plazo de 72 horas después de ser recibidas, si acordamos que es urgente. Le enviaremos una carta con nuestra decisión.

Extensiones de las apelaciones

Si necesita más tiempo para enviarnos información, usted puede agregar hasta 14 días calendario al tiempo de la apelación. La solicitud de tiempo adicional para resolver su apelación deberá realizarse dos días hábiles antes de los 30 días calendario permitidos para resolver su apelación. También podemos agregar hasta 14 días calendario al tiempo de la apelación si necesitamos más información para tomar una decisión. Además, le enviaremos una carta con el motivo del retraso dentro de dos días calendario e intentaremos contactarlo por teléfono. Si no está de acuerdo con el retraso, tiene derecho a presentar un reclamo.

Continuación de beneficios para miembros que reciben servicios y beneficios que no son de la exención de servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS)

Puede conservar sus beneficios durante el proceso de apelación o audiencia imparcial estatal si cumple con **todas** estas condiciones:

- Usted solicitó que sus beneficios continuaran dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha de envío de la carta del *Aviso de determinación adversa de beneficios*.
- La acción está relacionada con un servicio autorizado previamente que ha sido terminado, reducido o suspendido.
- Los servicios fueron indicados por un proveedor autorizado.
- El periodo original de cobertura establecido cuando se aprobó por primera vez no ha finalizado.
- Usted solicitó extender sus beneficios de manera oportuna.

Si desea que sus servicios continúen durante una apelación, tiene **10 días calendario** a partir de la fecha de envío de la carta de *Aviso de determinación adversa de beneficios* para solicitarnos que continuemos sus servicios durante el proceso de apelación. Emitiremos el Aviso de resolución de apelación en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su apelación.

Si no cambiamos nuestra decisión, puede solicitar una audiencia imparcial estatal. Debe solicitar la audiencia imparcial estatal en un plazo de **120 días calendario** a partir de la fecha del Aviso de resolución de apelación, más tres días calendario adicionales para permitir el envío del aviso. Si desea que sus servicios continúen

durante el proceso de audiencia imparcial estatal, debe solicitar una audiencia imparcial estatal y la continuación de los beneficios en un plazo de **10 días calendario** a partir de la fecha de envío del Aviso de resolución de apelación.

Si el funcionario de la audiencia imparcial estatal cambia nuestra decisión y usted recibió los servicios mientras la audiencia imparcial estatal estaba pendiente, pagaremos esos servicios.

Tenga en cuenta que es posible que tenga que pagar por los servicios continuados si pierde la apelación o la audiencia imparcial estatal.

Si continuamos brindando sus beneficios mientras la apelación o la audiencia imparcial estatal están pendientes, los beneficios continuarán hasta que ocurra una de las siguientes situaciones:

- Retira su apelación o solicitud de audiencia imparcial estatal.
- No solicita la continuación de los beneficios dentro de los 10 días calendario posteriores al envío de un *Aviso de determinación adversa de beneficios*; o
- Un funcionario de la audiencia imparcial estatal respalda nuestra denegación.

Continuación de beneficios para miembros que reciben servicios y beneficios de la exención de HCBS

Conservará sus beneficios durante el proceso de apelación o audiencia imparcial estatal si cumple con **todas** estas condiciones:

- Solicitó la apelación dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de la carta del *Aviso de determinación adversa de beneficios*, más tres días calendario adicionales para permitir el envío del aviso que termina, suspende o reduce los servicios y beneficios previamente autorizados. En el caso de una audiencia imparcial estatal, la solicitud de una audiencia imparcial estatal se presenta en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha del Aviso de resolución de apelación, más tres días calendario adicionales para permitir el envío del aviso.
- La apelación tiene que ver con un servicio autorizado previamente que ha sido terminado, reducido o suspendido.
- Los servicios fueron indicados por un proveedor autorizado.
- El periodo original de cobertura establecido cuando se aprobó por primera vez no ha finalizado.
- Si solicitó servicios y beneficios de la exención de HCBS diferentes para reemplazar sus servicios y beneficios de la exención de HCBS previamente autorizados, y autorizamos los nuevos servicios y beneficios de la exención de HCBS, sus servicios y beneficios de la exención de HCBS previamente autorizados deben terminarse para permitir que comiencen sus nuevos servicios y beneficios de la exención de HCBS. Si sus nuevos servicios y beneficios de la exención de HCBS comenzarán en un plazo de 63 días a partir de la fecha del *Aviso de determinación adversa de beneficios* que termina sus servicios y beneficios de la exención de HCBS previamente

autorizados, sus servicios y beneficios de la exención de HCBS previamente autorizados continuarán solo hasta que comiencen sus nuevos servicios y beneficios de la exención de HCBS.

Si recibe una carta de *Aviso de determinación adversa de beneficios* que indica que sus HCBS cambiarán, continuaremos automáticamente con sus HCBS actuales por **63 días calendario** a partir de la fecha del aviso para darle tiempo para solicitar una apelación. Si no solicita una apelación, el nivel actual de HCBS cambiará.

Si solicita una apelación en un plazo de **60 días calendario** a partir de la fecha del aviso, más tres días calendario adicionales para permitir el envío del aviso, continuaremos con su nivel actual de HCBS hasta que emitamos un Aviso de resolución de apelación. Emitiremos el Aviso de resolución de apelación en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su apelación.

Si no cambiamos nuestra decisión, puede solicitar una audiencia imparcial estatal. Continuaremos automáticamente brindando sus HCBS actuales por **123 días calendario** a partir de la fecha del Aviso de resolución de apelación para darle tiempo para solicitar una audiencia imparcial estatal. Si no solicita una audiencia imparcial estatal, el nivel actual de HCBS cambiará.

Si solicita una audiencia imparcial estatal en un plazo de **120 días calendario** a partir de la fecha del Aviso de resolución de apelación, más tres días calendario adicionales para permitir el envío del aviso, continuaremos con su nivel actual de HCBS hasta la decisión de la audiencia.

Si el funcionario de la audiencia imparcial estatal cambia nuestra decisión y usted recibió los HCBS mientras la audiencia imparcial estatal estaba pendiente, pagaremos esos servicios. No tendrá que pagar por los servicios continuados si la decisión de la apelación o la decisión de la audiencia imparcial estatal no son a su favor, a menos que haya ocurrido fraude.

Sus beneficios continuarán durante el proceso de apelación o audiencia imparcial estatal hasta que ocurra una de las siguientes situaciones:

- Retira su apelación o solicitud de audiencia imparcial estatal.
- No solicita una apelación dentro de los 60 días calendario de que le enviemos un *Aviso de determinación adversa de beneficios*, más tres días calendario adicionales para permitir el envío del aviso, o no solicita una audiencia imparcial estatal dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha del Aviso de resolución de apelación, más tres días calendario adicionales para permitir el envío del aviso.
- Un funcionario de la audiencia imparcial estatal respalda nuestra denegación.
- Solicita que los servicios y beneficios de la exención de HCBS previamente autorizados finalicen y sean reemplazados por otros HCBS o que comenzarán durante los sesenta y tres (63) días calendario a partir de la fecha del Aviso de determinación adversa o que comenzarán durante los ciento veintitrés (123) días calendario a partir de la fecha del Aviso de resolución de apelación del miembro.

Audiencia imparcial estatal

Si no está satisfecho o no está de acuerdo con nuestra respuesta a su apelación, usted o su representante autorizado tienen derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal.

Cómo presentar una solicitud de audiencia imparcial estatal

Para solicitar una audiencia imparcial estatal, debe hacer estas dos cosas:

- Completar nuestro proceso de apelación.
- Enviar su solicitud oralmente o por escrito dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha en que se le notificó la decisión de Healthy Blue de confirmar su apelación, más tres días calendario adicionales para permitir el envío de la notificación.

Para presentar una solicitud de audiencia imparcial estatal:

- Llame a Healthy Blue al **833-838-2593 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro. O envíe su solicitud por correo a:
Healthy Blue
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466

Enviaremos su solicitud de audiencia imparcial estatal a la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) en el plazo de un día hábil después de recibir su solicitud.

- Envíe su solicitud por correo a la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) a:
Office of Administrative Hearings (OAH)
1020 S. Kansas Ave.
Topeka, KS 66612

Después de solicitar una audiencia imparcial estatal

La OAH estatal es responsable de la audiencia imparcial estatal y programará una fecha de la audiencia donde usted puede presentar la información que quiere que el estado tome en consideración.

Si el funcionario de la audiencia imparcial estatal revierte nuestra decisión, autorizaremos y brindaremos el servicio tan rápidamente como lo requiera su condición médica, pero a más tardar 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión.

Si tiene preguntas

Puede llamarnos al **833-838-2593 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro.

Healthy Blue es el nombre comercial de Community Care Health Plan of Kansas, Inc. Licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Sydney Health se ofrece a través de un acuerdo con Carelon Digital Platforms, una compañía independiente que ofrece servicios de aplicaciones móviles en nombre de su plan médico.