

Capítulo 8 - Proceso de reclamaciones y apelaciones de los afiliados

Todos los que formamos parte de GMWP compartimos la responsabilidad de su atención y su satisfacción con los servicios que recibe. Nuestros procedimientos de reclamación están concebidos para que usted o su representante puedan expresar cualquier preocupación o insatisfacción que tengan, de modo que podamos resolverlas de manera oportuna y eficaz. También tiene derecho a apelar cualquier decisión sobre nuestra falta de aprobación, suministro, organización o continuación de lo que usted cree que son servicios cubiertos o el pago de servicios que usted cree que debemos pagar.

La información de este capítulo describe nuestros procesos de reclamación y apelación. Recibirá información por escrito sobre los procesos de reclamación y apelación cuando se inscriba y, posteriormente, cada año. En cualquier momento, si desea presentar una reclamación o apelación, estamos a su disposición para ayudarle. Si no habla inglés, un miembro del personal bilingüe o los servicios de traducción estarán disponibles para ayudarle.

No se le discriminará por haber presentado una reclamación o apelación. GMWP continuará proporcionándole todos los servicios necesarios durante el proceso de reclamación o apelación. La confidencialidad se mantendrá durante todo el proceso y la información relativa a su reclamación o apelación solo se divulgará a las personas autorizadas.

Procedimiento de reclamación

Definición: una reclamación se define como una queja, ya sea escrita u oral, en la que se expresa la insatisfacción con los servicios prestados o la calidad de la atención a los participantes. Una reclamación puede incluir, pero no se limita a:

- La calidad de los servicios que recibe un participante PACE en el hogar, en el Centro PACE o en una estancia hospitalaria (hospital, centro de rehabilitación, centro de enfermería especializada o centro de cuidados intermedios).
- Tiempos de espera en el teléfono, en la sala de espera o la sala de examen.

- Comportamiento de cualquiera de los cuidadores o del personal del programa.
- Adecuación de las instalaciones del centro.
- La calidad de la comida proporcionada.
- Servicios de transporte; y
- Una violación de los derechos de un participante.

Presentación de reclamaciones

La siguiente información describe el proceso de reclamación que usted o su representante deben seguir en caso de que deseen presentar una reclamación.

1. Usted o su representante pueden analizar verbalmente su reclamación en persona o por teléfono con el personal del programa de GMWP del centro al que asiste. El personal se asegurará de que se le proporcione información por escrito sobre el proceso de reclamación y de que su reclamación quede documentada en el formulario *del Informe de Reclamación*. Deberá proporcionar información completa de su reclamación para que el personal apropiado pueda ayudar a resolverla de manera oportuna y eficiente. Si desea presentar su reclamación por escrito, envíela a: GMWP Quality Improvement and Compliance Director, Gary and Mary West PACE, 1706 Descanso Ave., San Marcos, California 92078.

También puede ponerse en contacto con su trabajador social asignado al (760) 280-2230 para solicitar un formulario del *Informe de Reclamación* (QIC-GR-01-A01 Grievance Process - Grievance Report Form [Proceso de reclamación QIC-GR-01-A01 - Formulario del Informe de Reclamación]) y recibir ayuda para presentar una queja. Para las personas con discapacidades auditivas (TTY/TDD), llame al (760) 280-2279. Su trabajador social le proporcionará información por escrito sobre el proceso de reclamación.

2. El miembro del personal que reciba su reclamación le ayudará a documentarlo (si no está documentado) y a coordinar la investigación y la acción. Toda la información relacionada con su reclamación se mantendrá en estricta confidencialidad.
3. Se le enviará un acuse de recibo por escrito de su reclamación en un plazo de cinco (5) días naturales. La investigación de su reclamación comenzará inmediatamente para encontrar soluciones y tomar las medidas adecuadas.

4. El personal de GMWP hará todo lo posible por resolver su reclamación en un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la recepción de dicha reclamación y recibirá una carta con la resolución. Si no está satisfecho con esa resolución, usted y/o su representante tienen derecho a emprender otras acciones.
5. En caso de que no se llegue a una resolución en el plazo de treinta (30) días naturales, se le notificará por escrito a usted o a su representante el estado y la fecha estimada de finalización de la solución de la reclamación.

Revisión acelerada de reclamaciones

1. Si considera que su reclamación implica una amenaza grave o inminente para su salud, lo que incluye, entre otras cosas, la posible pérdida de la vida, de un miembro o de una función corporal importante, un dolor intenso o la violación de sus derechos como participante, aceleraremos el proceso de revisión para tomar una decisión en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su reclamación por escrito y de su solicitud de revisión acelerada. En este caso, se le informará inmediatamente por teléfono sobre: (a) la recepción de su solicitud de revisión acelerada, y (b) su derecho a notificar al Departamento de Servicios Sociales su reclamación a través del proceso de audiencia estatal.

Resolución de reclamaciones

1. Una vez que GMWP finalice la investigación y alcance la resolución final de su reclamación, recibirá una notificación por escrito que le proporcionará un informe escrito en el que se describirá el motivo de su reclamación, un resumen de las medidas adoptadas para resolverla y las opciones que puede seguir si no está satisfecho con la resolución de su reclamación.

Opciones de revisión de reclamaciones

Si después de completar el proceso de reclamaciones o después de participar en el proceso durante al menos treinta (30) días naturales, y usted o su representante siguen insatisfechos, usted o su representante pueden seguir las opciones descritas a continuación. *Nota:* Si considera que la espera de treinta (30) días naturales representa una amenaza grave para su salud, no es necesario que usted o su representante completen todo el

proceso de reclamación ni que esperen treinta (30) días naturales para seguir las opciones descritas a continuación.

1. **Defensor del pueblo de Medi-Cal:** Si está cubierto solo por Medi-Cal o por Medi-Cal y Medicare, tiene derecho a presentar su reclamación ante el Departamento de Servicios de Atención a la Salud de California, poniéndose en contacto o escribiendo a:

Ombudsman Unit
Medi-Cal Managed Care Division
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, Mail Station 4412
Sacramento, CA 95899-7413
Teléfono: 1-888-452-8609
TTY: 1-800-735-2922

2. **Proceso de Audiencia Estatal:** en cualquier momento del proceso de reclamación, según la ley del Estado de California, también puede solicitar una audiencia estatal al Departamento de Servicios Sociales de California poniéndose en contacto o escribiendo a:

California Department of Social Services
State Hearing Division
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430
Teléfono: 1-800-952-5253
Fax: (916) 229-4410
TTY: 1-800-952-8349

Si desea una audiencia estatal, debe solicitarla en un plazo de 90 días a partir de la fecha de recepción de la carta de reclamación resuelta. Usted o su representante pueden hablar en la audiencia estatal o hacer que otra persona hable en su nombre, incluido un familiar, un amigo o un abogado. También puede obtener ayuda legal gratuita. Usted o su representante recibirán una lista de las oficinas de los Servicios Legales en los condados de San Joaquín y Stanislaus en el momento de presentar una reclamación.

3. **Línea directa de salud a domicilio:** si tiene alguna pregunta o duda sobre los servicios de salud a domicilio de GMWP, le recomendamos que primero hable del asunto con su enfermero o trabajador social.

Sin embargo, le informamos que el Estado de California ha establecido un proceso confidencial para presentar quejas contra los auxiliares de enfermería certificados, los técnicos de hemodiálisis y los asistentes de atención médica a domicilio. Puede completar el formulario de quejas o redactar su propia queja y presentarla por correo electrónico, fax o correo postal. También puede presentar una queja por teléfono.

San Diego District Office

7575 Metropolitan Drive, Suite 211

San Diego, CA 92108-4402

Teléfono: (619) 278-3700

Línea gratuita: (800) 824-0613

Fax: (619) 278-3725

De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.

Proceso de apelación

Definición: una apelación es la acción que realiza un participante con respecto a la decisión de GMWP de no cubrir, o no pagar un servicio, lo que incluye denegaciones, aplazamientos, modificaciones, reducciones o terminación de servicios. *Para todos los litigios que no tengan que ver con la decisión de no cubrir o no pagar los servicios, incluidos, entre otros, los que tengan que ver con acusaciones de negligencia profesional, vea el capítulo "Arbitraje" al final de este Manual.*

Cuando GMWP decide no cubrir ni pagar un servicio que usted desea, puede tomar medidas para cambiar nuestra decisión. La acción que usted emprende, ya sea verbalmente o por escrito, se llama "**apelación**". Tiene derecho a apelar cualquier decisión de denegar, aplazar o modificar su solicitud para que le proporcionemos, organicemos o continuemos lo que usted cree que son servicios cubiertos o para que paguemos los servicios que usted cree que estamos obligados a pagar.

Recibirá información por escrito sobre el proceso de apelación cuando se inscriba y, posteriormente, cada año. También recibirá esta información y los formularios de apelación necesarios siempre que GMWP deniegue, aplaze o modifique una solicitud de servicio o una solicitud de pago.

Procesos de apelación estándar y acelerados: hay dos tipos de procesos de apelación: estándar y acelerado. Ambos procesos se describen a continuación.

Si solicita una **apelación estándar**, debe presentarla en un plazo de ciento ochenta (180) días naturales a partir de la fecha en que se denegó, aplazó o modificó su solicitud de servicio o de pago del servicio. Esta es la fecha que aparece en la *Notificación de Acción de Servicio o Solicitud de Pago*. (El límite de 180 días puede prorrogarse por una causa justificada). Responderemos a su apelación con la rapidez que requiera su salud, pero no más tarde de treinta (30) días naturales después de recibir su apelación.

Si cree que su vida, su salud o su capacidad de recuperación están en peligro sin el servicio que desea, usted o cualquier médico que le atienda puede solicitar una **apelación acelerada**. Si el médico que le atiende solicita una apelación acelerada para usted, o le apoya para que la solicite, tomaremos automáticamente una decisión sobre su apelación tan pronto como su salud lo requiera, pero no más tarde de setenta y dos (72) horas después de recibir su solicitud de apelación. Podemos ampliar este plazo hasta catorce (14) días naturales si usted solicita la prórroga o si justificamos ante el Departamento de Servicios de Atención a la Salud la necesidad de más información y cómo le beneficia el retraso.

Si solicita una **apelación acelerada** sin apoyo de un médico tratante, decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos una decisión acelerada. Si decidimos denegarle una **apelación acelerada**, se lo comunicaremos en un plazo de setenta y dos (72) horas. Si esto ocurre, su apelación se considerará un **estándar**.

Nota: GMWP continuará proporcionando el/los servicio(s) en disputa a los participantes, si deciden seguir recibiendo el/los servicio(s) hasta que se complete el proceso de apelación. Si se confirma nuestra decisión inicial de NO cubrir o reducir los servicios, usted puede ser responsable económicamente del pago del/de los servicio(s) en disputa prestado(s) durante el proceso de apelación.

En caso de que usted o su representante deseen presentar una apelación, la información que figura a continuación describe el proceso:

1. Si usted o su representante han solicitado un servicio o el pago de un servicio y GMWP deniega, aplaza o modifica la solicitud, puede apelar la decisión. Se le entregará a usted o a su representante una "*Notificación de Acción de Servicio o Solicitud de Pago*" (Notice of Action of Service or Payment Request, NOA) por escrito en la que se explicará el motivo de la denegación, aplazamiento o modificación de su solicitud de servicio o solicitud de pago.
2. Puede presentar su apelación verbalmente, en persona o por teléfono, o por escrito con el personal del Programa PACE del centro al que asiste. El personal se asegurará de que se le proporcione información por escrito sobre el proceso de apelación, y de que su apelación se documente en el formulario correspondiente. Deberá proporcionar información completa de su apelación para que el personal apropiado pueda ayudar a resolverla de manera oportuna y eficiente. Usted o su representante pueden presentar o remitir los hechos o pruebas pertinentes para su revisión, ya sea en persona o por escrito a la dirección indicada a continuación. Si se necesita más información, el Coordinador de Mejora de la Calidad de GMWP se pondrá en contacto con usted para ayudarle a obtener la información que falta.
3. Si desea presentar su apelación por teléfono, puede ponerse en contacto con nuestro Director de Mejora de la Calidad y Cumplimiento por el teléfono (760) 280-2230 en cualquier momento para solicitar un formulario de apelación o recibir ayuda para presentarla. Para las personas con discapacidades auditivas (TTY/TDD), llame al (760) 280-2279.
4. Si desea presentar su apelación por escrito, pida a un miembro del personal un formulario de dicho recurso. Envíe su apelación por escrito a:

Quality Improvement and Compliance Director
Gary and Mary West PACE
1706 Descanso Ave.
San Marcos, California 92078
5. Se le enviará un acuse de recibo por escrito de su recurso en un plazo de cinco (5) días laborables para una **apelación estándar**. Para una **apelación acelerada**, notificaremos a usted o a su representante en el plazo de un (1) día laborable, por teléfono o en persona, que se ha recibido la solicitud de apelación acelerada.

6. La reconsideración de la decisión de GMWP será realizada por una o varias personas que no hayan participado en el proceso de decisión inicial, en consulta con el equipo interdisciplinario. Nos aseguraremos de que esta(s) persona(s) sea(n) imparcial(es) y esté(n) debidamente acreditada(s) para tomar una decisión sobre la necesidad de los servicios que ha solicitado.
7. Una vez que GMWP haya finalizado la revisión de su apelación, usted o su representante serán notificados por escrito sobre la decisión. Según sea necesario y dependiendo del resultado de la decisión, GMWP informará a usted o a su representante de otros derechos de apelación que pueda tener si la decisión no es a su favor. Consulte la información descrita a continuación:

La decisión sobre su apelación:

Si decidimos totalmente a su favor sobre una **apelación estándar** para una solicitud de **servicio**, estamos obligados a proporcionar o a organizar los servicios tan rápido como su estado de salud lo requiera, pero no más tarde de treinta (30) días naturales desde que recibimos su solicitud de apelación. ***Si decidimos totalmente a su favor*** sobre una solicitud de **pago**, estamos obligados a efectuar el pago solicitado en un plazo de sesenta (60) días naturales después de recibir su solicitud de apelación.

Si no decidimos totalmente a su favor en una **apelación estándar** o si no le proporcionamos una decisión en un plazo de treinta (30) días naturales, tiene derecho a presentar una apelación externa a través del programa de Medicare o Medi-Cal (**vea Derechos de Apelación Adicionales, a continuación**). Asimismo, estamos obligados a notificarle tan pronto como tomemos una decisión y también a notificar a los Centros Federales de Servicios de Medicare y Medicaid y a la División de Cuidados a Largo Plazo del Departamento de Servicios de Atención a la Salud de California. Le informaremos por escrito sus derechos de apelación **externa** en virtud del Programa Medicare o Medi-Cal, o de ambos. Le ayudaremos a elegir cuál de las dos opciones es la más adecuada para usted. También enviaremos su apelación al programa externo correspondiente para su revisión.

Si decidimos totalmente a su favor en una **apelación acelerada**, estamos obligados a obtener el servicio o a proporcionárselo tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero no más tarde de setenta y dos (72) horas después de haber recibido su solicitud de **apelación**.

Si no decidimos totalmente a su favor en una **apelación acelerada** o no se lo notificamos en un plazo de setenta y dos (72) horas, usted tiene derecho a seguir un proceso de apelación externa en el marco de Medicare o Medicaid (**vea Derechos de Apelación Adicional**). Estamos obligados a notificarle tan pronto como tomemos una decisión que no sea totalmente a su favor y también a notificar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y a la División de Sistemas Integrados de Atención (Integrated Systems of Care Division, ISCD) del Departamento de Servicios de Atención a la Salud. Le informaremos por escrito sus derechos de **apelación externa** a través del programa Medicare o Medi-Cal, o ambos. Le ayudaremos a elegir cuál de las dos opciones es la más adecuada para usted. También enviaremos su apelación al programa externo correspondiente para su revisión.

Derechos adicionales de apelación en Medi-Cal y Medicare

Si no decidimos a su favor en su apelación o no le proporcionamos una decisión dentro del plazo requerido, tiene derechos de apelación adicionales. Su solicitud de presentar una apelación externa puede hacerse verbalmente o por escrito. El siguiente nivel de apelación implica una revisión nueva e imparcial de su solicitud de apelación a través del programa Medicare o Medi-Cal.

El **programa de Medicare** contrata a una "Organización de Revisión Independiente" para que realice una revisión externa de las apelaciones relacionadas con los programas PACE. Esta organización de revisión es completamente independiente de nuestra organización PACE.

El **programa Medi-Cal** lleva a cabo su siguiente nivel de apelación a través del proceso de audiencia estatal. Si está inscrito en Medi-Cal, puede apelar si GMWP quiere reducir o suspender un servicio que está recibiendo. Hasta que reciba una decisión definitiva, puede optar por seguir recibiendo el servicio en cuestión. Sin embargo, es posible que tenga que pagar por el servicio o servicios si la decisión no es a su favor.

Si está inscrito tanto en **Medicare como en Medi-Cal**, le ayudaremos a elegir qué proceso de apelación debe seguir. También enviaremos su apelación a un programa externo apropiado para su revisión.

Si no está seguro en cuál programa está inscrito, pregúntenos. A continuación se describen los procesos de apelación externa de Medicare y Medi-Cal.

Proceso de apelación externa de Medi-Cal

Si está inscrito tanto en **Medicare como en Medi-Cal O solo en Medi-Cal** y decide apelar nuestra decisión utilizando el proceso de apelación externa de Medi-Cal, enviaremos su apelación al Departamento de Servicios Sociales de California. En cualquier momento del proceso de apelación, puede solicitar una audiencia estatal a través de:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430
Teléfono: 1-800-952-5253
Fax: (916) 229-4410
TTY: 1-800-952-8349

Si decide solicitar una audiencia estatal, debe pedirla en un plazo de noventa (90) días a partir de la fecha de recepción de la Notificación de Acción (NOA) de Servicio o Solicitud de Pago de GMWP.

Usted puede hablar en la audiencia estatal o hacer que otra persona hable en su nombre, como por ejemplo un familiar, un amigo o un abogado. También puede obtener ayuda legal gratuita. Le proporcionaremos una lista de las oficinas de Servicios Legales en los condados de San Joaquín y Stanislaus en el momento en que deneguemos, modifiquemos o aplacemos un servicio o el pago de un servicio.

Si la decisión del Juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) es a favor de su apelación, GMWP seguirá las instrucciones del juez en cuanto al plazo para proporcionarle los servicios que solicitó o el pago de los servicios para una apelación estándar o acelerada.

Si la decisión del ALJ no es favorable a su apelación, ya sea para una estándar o acelerada, existen otros niveles y le ayudaremos a proseguir con su apelación.

Proceso de apelación externa de Medicare

Si está **inscrito tanto en Medicare como en Medi-Cal O solo en Medicare** y decide apelar nuestra decisión utilizando el proceso de apelación externa

de Medicare, enviaremos su apelación a la entidad de apelación de Medicare actualmente contratada para que revise su apelación de forma imparcial. La entidad de apelación de Medicare actualmente contratada se pondrá en contacto con nosotros para comunicarnos los resultados de su revisión. Dicha entidad mantendrá nuestra decisión original o la cambiará y fallará a su favor.

Proceso de apelación acelerado y estándar

Puede solicitar una apelación externa **acelerada** si cree que su salud se vería comprometida por no recibir un servicio específico. En una revisión externa acelerada, enviaremos su apelación a la entidad de apelaciones de Medicare contratada actualmente, tan rápido como su salud lo requiera. La entidad de apelaciones de Medicare actualmente contratada debe darnos una decisión dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la apelación por nuestra parte. Dicha entidad puede pedir más tiempo para revisar la apelación, pero debe darnos su decisión en un plazo de catorce (14) días naturales.

Puede solicitar una apelación externa **estándar** si denegamos su solicitud de servicios no urgentes o no pagamos un servicio. En este caso, recibirá una decisión sobre su apelación a más tardar treinta (30) días naturales después de haberla solicitado.

Si la decisión de la entidad de apelación de Medicare actualmente contratada es a su favor para una apelación estándar.

Si ha solicitado un servicio que no ha recibido, le proporcionaremos el servicio que solicitó con la rapidez que requiere su estado de salud.

O

Si ha solicitado el pago de un servicio que ya ha recibido, le pagaremos el servicio en un plazo de sesenta (60) días naturales, ya sea estándar o acelerado.

Si la decisión de la actual entidad de apelación de Medicare contratada **no** es a su favor para una apelación estándar o acelerada, existen otros niveles y le ayudaremos a llevar a cabo su apelación.

Para más información sobre el proceso de apelación o para solicitar formularios, llámenos al (760) 280-2230 en cualquier momento. Para las personas con discapacidad auditiva (TTY/TDD), llame al (760) 280-2279 o póngase en contacto con el Director de Mejora de la Calidad y

Cumplimiento de en GMWP, 1706 Descanso Ave., San Marcos, California
92078.

Capítulo 9 - Cuotas mensuales

GMWP fija sus tarifas anualmente y tiene derecho a modificarlas con un aviso por escrito de 30 días.

Tasas de prepago

Su responsabilidad de pago dependerá de su elegibilidad para los programas de Medicare, Medi-Cal y Medically Needy Only (MNO) de Medi-Cal:

1. Si es elegible para Medi-Cal o para una combinación de Medi-Cal y Medicare, no pagará nada a GMWP por los beneficios y servicios descritos en el CAPÍTULO 4, incluidos los medicamentos con receta.
2. Si cumple los requisitos para acogerse al programa de Medicare y Medically Needy Only (MNO) de Medi-Cal, no tendrá que pagar ninguna prima, pero sí su parte del coste de la MNO.
3. Si solo es elegible para Medicare, se le cobrará una prima mensual. Dado que esta prima no incluye el coste de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, deberá pagar una prima mensual adicional por la cobertura de dicho beneficio. Esta prima mensual puede reducirse si cumple los requisitos para una subvención por bajos ingresos.
4. Si no tiene derecho a Medi-Cal ni a Medicare, se le cobrará la prima mensual completa. Esta prima incluirá el coste de los medicamentos recetados.

Consulte su Acuerdo de Afiliación firmado para conocer el importe que se le cobrará. Si tiene una responsabilidad mensual en el pago de una prima o en la cobertura de medicamentos recetados, el representante de afiliación se lo explicará. También hablaremos del pago con usted en la conferencia de inscripción y escribiremos el importe en su Acuerdo de Afiliación antes de que se le pida que lo firme. Si se le cobran ambas primas, puede pagarlas juntas o puede ponerse en contacto con el departamento financiero de GMWP para conocer otras opciones de pago. Le notificaremos por escrito cualquier cambio en su prima mensual al menos 30 días naturales antes de que el cambio entre en vigor.

La prima mensual habitual de la Parte B de Medicare se seguirá deduciendo de su cheque de la Seguridad Social.