

Parte 13: Cómo resolver un problema con Healthy Blue

Nos preocupamos por la calidad del servicio que recibe de nosotros y de nuestros proveedores del cuidado de la salud. Si tiene algún problema con el nivel del servicio recibido, nos gustaría hablar con usted. Estas son algunas de las cuestiones con las que podemos ayudarlo:

- Acceso al cuidado de la salud
- Cuidado y tratamientos brindados por un doctor
- Temas relacionados con la forma en que nos manejamos como empresa
- Cualquier aspecto de su cuidado

Quién puede presentar una queja o una apelación

Usted puede presentarnos una queja o una apelación. También puede elegir a alguien que lo represente, como un familiar, proveedor o abogado.

Si no está feliz con Healthy Blue, usted o una persona que usted elija para que actúe en su lugar puede hacer lo siguiente:

- Presentar una queja ante nosotros si no está satisfecho con la calidad del servicio o cuidado que recibió.
- Presentar una apelación por un beneficio que:
 - Fue rechazado.
 - Ha sido aprobado parcialmente (esto incluye el tipo o el nivel de servicio).
 - Fue modificado.
 - Fue suspendido.
 - Ha sido aprobado y luego suspendido.
- Solicitar una audiencia estatal imparcial después de obtener nuestro rechazo final.

Si necesita ayuda para comprender los pasos para presentar una queja o apelación, o si necesita ayuda para completar los formularios, llámenos al **1-866-781-5094 (TTY 1-866-773-9634)**. Si necesita un intérprete, le conseguiremos uno sin costo alguno para usted.

Quejas

Una queja es cuando nos informa que no está satisfecho con algún aspecto que no sea una determinación adversa sobre beneficios. Una determinación adversa sobre beneficios significa que:

- Rechazamos o limitamos el tipo o nivel de servicio solicitado.
- Disminuimos, retrasamos o finalizamos un servicio que fue aprobado previamente.
- Rechazamos el pago total o parcial por un servicio.
- No prestamos servicios ni resolvemos las quejas y apelaciones de manera oportuna.
- Rechazamos una solicitud para obtener servicios fuera de su red si vive en un área rural que tiene una sola organización de cuidado administrado (MCO).

Centro de Atención al Cliente (CCC): 1-866-781-5094 (TTY 1-866-773-9634) Lun a vier, 8 a.m.–6 p.m.
24-Hour Nurseline (Línea de enfermería de 24 horas): 1-866-577-9710 (TTY 1-800-368-4424),
las 24 horas del día, los siete días de la semana

- Denegamos una solicitud de disputa de una responsabilidad financiera, incluido el costo compartido, los copagos, las primas, los deducibles y el coseguro.

Usted, o la persona que elija para que lo represente, puede presentar una queja ante nosotros.

Puede presentar una queja si:

- No está satisfecho con nosotros.
- Se sintió víctima de discriminación por parte de un proveedor o el plan de salud.
- No está satisfecho con los proveedores que trabajan con nosotros.

Para presentar una queja, usted o la persona que elija para que lo represente, puede hacer lo siguiente:

- Llamarnos al número del Centro de Atención al Cliente (CCC) que figura en la parte inferior de esta página.
- Completar un formulario de queja y enviárnoslo. Puede encontrar los formularios de queja en nuestro sitio web en **www.HealthyBlueSC.com**. Se denomina **Member Grievance Form** (Formulario de quejas del miembro).
- Escribir una carta y enviárnosla.

Puede presentar una queja en cualquier momento. Indique:

- Quién está involucrado en la queja.
- Qué sucedió.
- Cuándo sucedió.
- Dónde sucedió.
- Por qué no está conforme con sus servicios de cuidado de la salud.

Adjunte todos los documentos que usted considere nos puedan ayudar a analizar el problema. Un integrante del personal de nuestro CCC puede ayudarlo a presentar una queja. Después de completar el formulario o de confeccionar la carta, envíelos por correo a la siguiente dirección:

Healthy Blue, BlueChoice HealthPlan of South Carolina
Grievance and Appeals Department
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

Si no puede enviar el formulario o la carta, usted, o la persona que eligió para que lo represente, puede llamar al número de nuestro CCC que figura en la parte inferior de la página.

Si usted (o la persona que designó) llama al CCC y presenta una queja por teléfono, la queja se aceptará de forma oral. El empleado del CCC resolverá la queja presentada oralmente durante la llamada en tiempo real o a más tardar se contactará con usted (o con la persona que designó) antes de que finalice el siguiente día hábil para darle una solución de forma oral. Si el CCC no puede resolver la queja presentada oralmente durante la llamada en tiempo real o antes de que finalice el siguiente día hábil, el departamento de Quejas y Apelaciones será el responsable de resolver la queja.

Centro de Atención al Cliente (CCC): 1-866-781-5094 (TTY 1-866-773-9634) Lun a vier, 8 a.m.–6 p.m.
24-Hour Nurseline (Línea de enfermería de 24 horas): 1-866-577-9710 (TTY 1-800-368-4424),
las 24 horas del día, los siete días de la semana

Una vez que hayamos recibido su queja por teléfono o correo, le informaremos que la recibimos a través de los siguientes medios:

- Una llamada telefónica (si su queja puede resolverse en un día hábil).
- Una **carta de confirmación** dentro de cinco días calendario (si necesitamos más de un día hábil para resolver su queja).
- Si su queja es sobre un asunto médico urgente, la resolveremos dentro de los 14 días calendario de haberla recibido.

Le enviaremos una **Carta de resolución de la queja** en un plazo de 90 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su queja. Esta carta incluirá:

- Una descripción de su queja.
- Información sobre las medidas que se implementaron para resolver su problema.

Es posible que Healthy Blue se tome 14 días calendario adicionales por los siguientes motivos:

- Si usted solicita una extensión para resolver su queja.
- Si necesitamos más información y tiempo para tomar una decisión.
- Si la extensión es en beneficio del miembro.

Si no solicita tiempo adicional, le enviaremos una notificación por escrito, en el cual le informaremos por qué necesitamos la extensión y su derecho de presentar una queja si no está de acuerdo con la decisión.

Para quejas sobre discriminación, usted o su representante también pueden presentar un reclamo por discriminación en la corte o ante el U.S. Department of Health and Human Services, en la Oficina de Derechos Civiles sobre la base de:

- Raza
- Color
- Nacionalidad
- Sexo
- Edad
- Discapacidad

Puede presentar un reclamo por discriminación:

- En forma electrónica, a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>*
- Por correo a:
**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201**

**Centro de Atención al Cliente (CCC): 1-866-781-5094 (TTY 1-866-773-9634) Lun a vier, 8 a.m.–6 p.m.
24-Hour Nurseline (Línea de enfermería de 24 horas): 1-866-577-9710 (TTY 1-800-368-4424),
las 24 horas del día, los siete días de la semana**

Usted o su representante puede obtener el formulario de reclamo en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html*. Debe presentar el formulario ante la Oficina de Derechos Civiles dentro de los 180 días posteriores a la fecha del evento discriminatorio que se alega.

Apelaciones

Usted, o la persona que elija para que lo represente, puede presentar una apelación. Esta persona puede ser cualquier persona que elija, incluso un abogado. Puede solicitar una apelación si recibió una carta de notificación de determinación adversa sobre beneficio en la que se le informa que la cobertura de un servicio médico:

- Se denegó.
- Se modificó.
- Se aprobó y luego se suspendió.
- No se brindó de manera oportuna.

También puede pedir una apelación si recibe una determinación adversa de beneficio que dice que denegamos su solicitud de disputa de responsabilidades financieras como:

- Copagos.
- Primas.
- Deducibles.
- Coseguro.

Puede solicitar una apelación dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de la notificación de determinación adversa sobre beneficio. Para solicitar una apelación:

- Llámenos al **1-866-902-1689**.
- Complete un **Formulario de solicitud de apelación de miembro** y envíenoslo. Puede encontrar formularios de apelación en los lugares donde recibe cuidado, por ejemplo, en el consultorio de su doctor, o en nuestro sitio web.
- Escriba una carta y envíenosla por correo a:
Healthy Blue, BlueChoice HealthPlan of South Carolina
Grievance and Appeals Department
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429
Fax: 1-866-216-3482

Si alguien que actúa en su nombre envía una apelación por usted, debe firmar un **Formulario de representación para apelación del miembro**. Para obtener un **Formulario de representación para apelación del miembro**, llame al número del CCC que figura en la parte inferior de esta página. Cuando nos llame, dé su aprobación para que otra persona actúe en su nombre. Le enviaremos el **Formulario de representación para apelación del miembro** para que lo firme y nos lo envíe. También podemos solicitarle firmar un formulario de divulgación si necesitamos pedir su historia clínica para considerar la apelación.

Centro de Atención al Cliente (CCC): 1-866-781-5094 (TTY 1-866-773-9634) Lun a vier, 8 a.m.–6 p.m.
24-Hour Nurseline (Línea de enfermería de 24 horas): 1-866-577-9710 (TTY 1-800-368-4424),
las 24 horas del día, los siete días de la semana

En el CCC podrán ayudarle a presentar su apelación. Si realiza su apelación por teléfono, debe enviar una apelación por escrito firmada por usted o la persona que eligió como su representante. Si llama y solicita una apelación acelerada, no necesitará enviarnos una apelación por escrito firmada.

Un padre/una madre, tutor legal o custodio designado legalmente puede presentar una queja o apelación para un miembro:

- Menor de edad.
- Incompetente (que no puede actuar por razones mentales).
- Incapacitado (que no puede actuar por razones físicas).

Le enviaremos una **carta de confirmación** dentro de los cinco días calendario. La carta le informará que recibimos su solicitud de apelación. Resolveremos su apelación dentro de los 30 días calendario. Le enviaremos una notificación de determinación adversa sobre beneficios para informarle de nuestra decisión con respecto a su apelación. Esta carta tendrá la siguiente información:

- La fecha en que tomamos la decisión.
- El motivo específico por el que se tomó la decisión.

Apelaciones aceleradas (rápidas)

Puede solicitar una apelación acelerada (rápida) si cree que esperar 30 días calendario para recibir nuestra decisión puede dañar su salud. Cuando solicite una apelación rápida, asegúrese de informarnos si considera que esperar 30 días calendario podrá ser perjudicial para su salud y los motivos.

Un director médico revisará su solicitud de apelación rápida. Si el director médico cree que la espera de 30 días calendario será perjudicial para su salud, haremos lo siguiente:

- Le informaremos nuestra decisión dentro de 72 horas.
- Le comunicaremos nuestra decisión el mismo día que la tomemos.

Si el director cree que la espera de los 30 días calendario no dañará su salud, le enviaremos una carta dentro de los siguientes dos días calendario. En la carta le informaremos que completaremos su apelación tan pronto como podamos, dentro de los 30 días calendario. También lo llamaremos para informarle nuestra decisión.

Para todas las apelaciones

Usted, o la persona que elija para que lo represente, incluido su abogado, puede solicitar que el plazo de la apelación se extienda hasta 14 días calendario más. Debe pedir una extensión a la respuesta de la apelación si necesita enviarnos más información sobre su apelación.

También podemos sumar hasta 14 días calendario al plazo de la apelación si le resulta conveniente hacerlo. Lo llamaremos y le enviaremos una carta dentro de los dos días calendario para informarle a usted o a su representante:

- El motivo de la demora.

Centro de Atención al Cliente (CCC): 1-866-781-5094 (TTY 1-866-773-9634) Lun a vier, 8 a.m.–6 p.m.
24-Hour Nurseline (Línea de enfermería de 24 horas): 1-866-577-9710 (TTY 1-800-368-4424),
las 24 horas del día, los siete días de la semana

- Usted puede presentar una queja dentro de los dos días calendario si no está de acuerdo con nuestra decisión de extender el plazo de revisión.

Tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con nuestra decisión de extender el plazo. Resolveremos la apelación tan rápido como sea necesario según su afección y antes de que finalice el plazo de extensión.

Usted, o la persona que elija para que lo represente, puede consultar el expediente de su caso antes o durante el proceso de apelación. El expediente de su caso incluye la historia clínica u otros documentos que se tienen en cuenta durante la apelación. Durante la apelación, usted o la persona que elija para que lo represente también puede hacer lo siguiente:

- Presentar pruebas de lo que usted declara o reclama.
- Presentar estas pruebas en persona o por escrito.

Puede solicitarnos una copia de lo que utilizamos para tomar nuestra decisión. Esto incluye:

- Los términos de los beneficios.
- Las pautas.
- Las normas.
- Otros motivos de nuestra decisión.

Si su doctor quiere comunicarse con el doctor que revisará su apelación, puede llamar a nuestro departamento de Administración de Utilización (UM) al **1-866-902-1689, ext. 7979**.

Puede seguir utilizando sus beneficios por el servicio que apela mientras revisamos la apelación si se cumplen todas estas condiciones:

- Usted solicita la apelación dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha de la notificación de determinación adversa sobre beneficios, o la fecha de vigencia prevista de la determinación adversa sobre los beneficios propuesta por el plan.
- La apelación está relacionada con la cobertura de un servicio que ha sido:
 - Retrasado.
 - Reducido.
 - Suspendido luego de su aprobación.
- Un proveedor aprobado indicó el servicio.
- El periodo original cubierto por la autorización original no expiró.
- Usted solicitó extender sus beneficios.

Estos estarán vigentes hasta que ocurra una de las siguientes situaciones:

- Usted cancela su solicitud de apelación.
- Han pasado 10 días después de enviarle la carta de **Notificación de acción** con nuestra decisión de mantener la primera denegación (a menos que usted solicite una audiencia estatal imparcial dentro de ese período de 10 días).

Centro de Atención al Cliente (CCC): 1-866-781-5094 (TTY 1-866-773-9634) Lun a vier, 8 a.m.–6 p.m.
24-Hour Nurseline (Línea de enfermería de 24 horas): 1-866-577-9710 (TTY 1-800-368-4424),
las 24 horas del día, los siete días de la semana

- Un funcionario de la audiencia estatal imparcial respalda nuestro rechazo.
- Se ha cumplido el plazo para un servicio aprobado.

Si el resultado de la apelación es el mismo que el de la decisión original de rechazo, es posible que usted deba pagar los costos de los servicios que se le prestaron mientras la apelación estaba pendiente.

Cómo apelar una decisión de cobertura

Podemos revisar parte del cuidado que su doctor afirma que usted necesita. Es posible que le preguntemos a su doctor por qué usted necesita un servicio en particular. Si no aceptamos pagar un servicio que su doctor solicita, le enviaremos a usted y a su doctor una carta con las razones al respecto. En esta carta también le informaremos cómo apelar.

Usted o su doctor pueden apelar si no aceptamos un servicio médico o si no pagamos dicho servicio. Para obtener más información, comuníquese con nosotros.

Audiencia estatal imparcial

Si no está conforme con nuestra respuesta a su apelación, usted o la persona que usted elija para representarlo tiene derecho a solicitar una audiencia estatal imparcial ante la División de Audiencias y Apelaciones del South Carolina Department of Health and Human Services (SCDHHS). La persona que elija para que lo represente puede ser cualquier persona, entre ellos un pariente, un proveedor o un abogado.

Debe solicitar una audiencia estatal imparcial en el transcurso de los 120 días calendario posteriores a la fecha de la carta de **Notificación de resolución**. Para solicitar una audiencia estatal imparcial, usted, o la persona que elija para que lo represente, puede hacer lo siguiente:

- Enviar una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Division of Appeals and Hearings

1801 Main St.

P.O. Box 8206

Columbia, SC 29202

803.898.2600 OR 800.763.9087

Fax: 803.255.8206

appeals@scdhhs.gov

Visite www.scdhhs.gov/appeals*. Para obtener más información sobre las audiencias estatales imparciales, llame al 1-800-763-9087.

Puede seguir utilizando sus beneficios por el servicio que apela mientras espera una audiencia si se cumplen todas estas condiciones:

- Usted solicita la audiencia dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha en que recibe la notificación de determinación adversa sobre beneficios.
- La audiencia está relacionada con la cobertura de un servicio que ha sido:
 - Retrasado.

Centro de Atención al Cliente (CCC): 1-866-781-5094 (TTY 1-866-773-9634) Lun a vier, 8 a.m.–6 p.m.
24-Hour Nurseline (Línea de enfermería de 24 horas): 1-866-577-9710 (TTY 1-800-368-4424),
las 24 horas del día, los siete días de la semana

- Reducido.
- Suspendido luego de su aprobación.
- Un proveedor aprobado indicó el servicio.
- El periodo original cubierto por la autorización original no expiró.
- Usted solicitó extender sus beneficios.

Podrá conservar los beneficios hasta que suceda alguna de las siguientes situaciones:

- Usted suspende su solicitud de audiencia.
- Un funcionario de la audiencia estatal imparcial respalda nuestro rechazo.
- Se ha cumplido el plazo para un servicio aprobado.

Si el resultado de la audiencia es el mismo que el de la decisión original de rechazo, es posible que usted deba pagar los costos de los servicios que se le prestaron mientras la apelación estaba pendiente.

*Estos enlaces llevan a un sitio web de otra organización. Esa organización es enteramente responsable de los materiales y las pólizas de privacidad en su sitio web.

**Centro de Atención al Cliente (CCC): 1-866-781-5094 (TTY 1-866-773-9634) Lun a vier, 8 a.m.–6 p.m.
24-Hour Nurseline (Línea de enfermería de 24 horas): 1-866-577-9710 (TTY 1-800-368-4424),
las 24 horas del día, los siete días de la semana**