

Proceso de Reclamo

Un reclamo es una queja que expresa insatisfacción con nuestro servicio al cliente o la calidad o disponibilidad de un servicio de salud. Por ejemplo, usted puede presentar un reclamo si tiene un problema con:

- la manera en la que fue tratado,
- la calidad de la atención o de los servicios que recibió, o
- la programación de una cita.

Los reclamos deben presentarse ante el Departamento de Reclamos dentro de los 180 días posteriores al problema o incidente ocurrido.

PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO

Usted o su representante autorizado puede presentar un reclamo ante Ambetter de Coordinated Care. El formulario de reclamo y el formulario de representante autorizado están disponibles en la sección [Member Resources \(Recursos para Miembros\)](#) en nuestro [sitio web](#).

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, llame al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238). Puede presentar un reclamo por correo, teléfono o fax a:

Coordinated Care	Teléfono: 1-877-687-1197
Grievance Department	TDD/TTY: 1-877-941-9238
1145 Broadway	Fax: 1-855-218-0588
Suite 300	
Tacoma, WA 98402	

DESPUÉS DE PRESENTAR UN RECLAMO

- Le comunicaremos que recibimos su reclamo en un lapso de 2 días hábiles después de haberlo recibido.
- Decidiremos y le enviaremos la resolución por escrito de su reclamo en un lapso de 30 días, contados a partir de la fecha de recepción.
- Mantendremos su reclamo de forma confidencial. Presentar un reclamo no acarreará ninguna discriminación en su contra.

Proceso de apelación

Usted o una persona de su elección puede solicitar la reconsideración de nuestra decisión con respecto a sus beneficios, solicitud de autorización o pago de reclamo al presentar una apelación ante Ambetter de Coordinated Care Corporation. Debe enviar su apelación en un lapso de 180 días a partir de la fecha en la que recibió el aviso de decisión adversa (también conocida como “determinación adversa de beneficios”).

Si desea que alguien más lo represente en el proceso de apelación, debe firmar y enviar el formulario de representante autorizado disponible en la sección “Member Resources” (Recursos para miembros) en nuestro sitio web. Si se le negó una solicitud de autorización previa, su proveedor puede apelarla en su nombre, sin su consentimiento por escrito.

Puede presentar una apelación por correo, teléfono o fax a:

Ambetter from Coordinated Care
Appeals Department
1145 Broadway
Suite 300
Tacoma, WA 98402

Teléfono: 1-877-687-1197
TDD/TTY: 1-877-941-9238
Fax: 1-855-218-0589

SU APELACIÓN DEBE INCLUIR

- Su nombre
- Su número de identificación de miembro
- Un número telefónico al que podemos contactarlo
- Por qué cree que debemos cambiar la decisión
- Cualquier información que respalde su solicitud

Usted o su proveedor pueden consignar pruebas para que las revisemos durante el proceso de apelación. También puede solicitar copias de los registros, las pruebas y los criterios que utilizamos para tomar esta decisión, sin cargo. Si tiene preguntas o necesita ayuda para presentar su apelación, llame a Servicios para Miembros al 1-877-687-1197.

DESPUÉS DE PRESENTAR UNA APELACIÓN

- Le enviaremos una carta como acuse de recibo de su apelación en un lapso de 72 horas posteriores a haberla recibido.
- Para una apelación antes del servicio, le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión en un lapso de catorce (14) días calendario.
- Para una apelación después del servicio, le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión en un lapso de treinta (30) días calendario.

REVISIÓN EXPEDITA

Usted o su proveedor puede solicitar una revisión expedita si:

- actualmente está recibiendo o se le recetaron tratamientos o beneficios que cesarían debido a esta decisión; o
- su proveedor considera que una demora en el tratamiento, debido al tiempo de revisión estándar, puede poner en grave peligro su vida, su salud general, la capacidad para recuperar la funcionalidad máxima o le causaría un dolor grave e intolerable; o
- esta decisión está relacionada con la admisión, disponibilidad de la atención, continuidad de la estadía o servicios de atención médica de emergencia, y usted no ha recibido el alta de la sala de emergencia o servicio de transporte.

La revisión expedita de una apelación y una revisión externa se pueden solicitar de forma verbal o por escrito. Tomaremos una decisión y le daremos una respuesta en un lapso de 72 horas posteriores a haber recibido la solicitud.

Revisión externa por una organización de revisión independiente

Si no tiene éxito con su apelación a esta decisión, puede solicitar una revisión externa de nuestra decisión a una organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). La revisión externa por parte de una IRO debe solicitarse en un lapso de 180 días posteriores a la fecha en la que reciba la decisión sobre la apelación.

Puede solicitar la revisión externa por correo postal, teléfono o fax, al contactar al Departamento de Apelaciones mediante la información indicada antes.

Usted no es responsable por los costos de la revisión de la IRO. La solicitud para revisión externa por una IRO no generará medidas discriminatorias en su contra. La IRO es imparcial y no está conectada con Ambetter de Coordinated Care.

DESPUÉS DE SOLICITAR UNA REVISIÓN EXTERNA

- Le informaremos el nombre e información de contacto de la IRO que revisa su caso un día después de seleccionar la IRO.
- Tendrá al menos 5 días hábiles para entregar información adicional a la IRO.
- En un lapso de tres días hábiles después de haber recibido la solicitud, enviaremos su solicitud e información pertinente a la IRO para su revisión.
- Le enviaremos a la IRO: su historia clínica, cualquier documentación utilizada para tomar nuestra decisión, una lista de los proveedores de atención médica que puedan tener información pertinente y cualquier otra información que usted o su proveedor nos hayan enviado.
- En los casos no urgentes, la IRO deberá presentar su determinación en un lapso de 15 días después de haber recibido la información necesaria o en un lapso de 20 días después de haber recibido su solicitud, lo que ocurra antes.

En ciertos casos, se puede solicitar una revisión expedita externa al mismo tiempo que una apelación expedita. Si tiene preguntas o necesita ayuda para solicitar una revisión expedita externa por parte de una IRO, llame a Servicios para Miembros al 1-877-687-1197.

Continuación de los servicios

Si usted apela o solicita la revisión externa de una decisión que afecte los servicios o suministros que recibe actualmente, continuaremos proporcionando la cobertura para el beneficio en disputa durante el período de revisión de la apelación. Para continuar la cobertura de los servicios afectados por esta decisión, deberá ponerse en contacto con nosotros y solicita la continuación de la cobertura en un lapso de 10 días después de haber recibido este aviso o de la fecha de entrada en vigor de nuestra decisión. Si no tiene éxito con su apelación, puede que se le impute el costo de la cobertura recibida durante el período de revisión. La decisión de la IRO en la revisión externa es vinculante, salvo que haya otros recursos disponibles, conforme a la ley estatal o federal.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre las acciones de su compañía o agente de seguros, o si quiere información sobre sus derechos para presentar una apelación, comuníquese con la Oficina de Seguros del estado de Washington Línea directa de protección al consumidor del comisionado al 1-800-562-6900 o visite <https://www.insurance.wa.gov>. El comisionado de seguros protege y educa a los consumidores de seguros, promueve el interés público y proporciona una regulación justa y eficiente de la industria de seguros.