

Coordinated Care Corporation

Proceso de presentación de reclamos

Un reclamo es una queja mediante la que se expresa insatisfacción en relación con el servicio de atención al cliente o con la calidad o disponibilidad de un servicio médico. Por ejemplo, puede presentar un reclamo si tiene algún problema con lo siguiente:

- El trato que recibió.
- La calidad de la atención médica o de los servicios que recibió.
- La programación de citas.

Los reclamos se deben enviar al Departamento de Reclamos (Grievance Department) en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que sucedió el problema o inconveniente.

PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO

Usted o su representante autorizado pueden presentar un reclamo ante Ambetter de Coordinated Care. El formulario de reclamos y el formulario para representantes autorizados se encuentran en la sección [Member Resources](#) (Recursos para miembros) de nuestro [sitio web](#).

Si necesita ayuda con la presentación de un reclamo, llame al 1-877-687-1197 (TTY: 711). Puede presentar su reclamo por correo postal, por teléfono o por fax a la siguiente dirección:

Ambetter de Coordinated Care	Teléfono: 1-877-687-1197
Grievance Department	TTY: 711
P.O. Box 10341	Fax: 1-833-886-7956
Van Nuys, CA 91410	
Correo electrónico: Ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com	

DESPUÉS DE PRESENTAR EL RECLAMO

- Le informaremos que recibimos el reclamo en un plazo de cinco días hábiles a partir de la fecha de recepción.
- Tomaremos una decisión y le enviaremos la resolución de su reclamo por escrito en un plazo de 30 días a partir de la fecha de recepción.
- Mantendremos la privacidad de su reclamo. Si presenta un reclamo, no se cometerá ningún acto de discriminación contra usted.

Coordinated Care Corporation

Proceso de presentación de apelaciones

Usted o una persona que usted elija puede solicitarnos que reconsideremos nuestra decisión sobre sus beneficios, solicitud de autorización previa o pago de reclamaciones. Para esto, debe presentar una apelación ante Ambetter de Coordinated Care. Debe enviarla en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que recibió el aviso de la decisión adversa (también conocida como “determinación adversa sobre los beneficios”).

Si desea que otra persona lo represente en el proceso de apelación, debe firmar y enviar el formulario para representantes autorizados, que se encuentra en la sección “Member Resources” (Recursos para miembros) de nuestro sitio web. Si le denegaron una solicitud de autorización previa, su proveedor puede apelar la denegación en su nombre, sin su consentimiento, por escrito.

Puede presentar una apelación por correo postal, por teléfono o por fax a la siguiente dirección:

Ambetter from Coordinated Care
Appeals Department
1145 Broadway, Suite 700
Tacoma, WA 98402

Teléfono: 1-877-687-1197
TTY: 711
Fax: 1-855-218-0589

DATOS QUE DEBE INCLUIR EN LA

- Su nombre.
- Su número de identificación de miembro.
- Un número de teléfono para comunicarnos con usted.
- El motivo por el que cree que deberíamos cambiar la decisión.
- Información que respalde su solicitud.

Usted o su proveedor pueden enviarnos pruebas para que las evaluemos durante el proceso de apelación. También puede solicitar copias gratuitas de los registros, las pruebas y el criterio que utilizamos para tomar esta decisión. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para presentar una apelación, llame a Servicios para Miembros (Member Services) al 1-877-687-1197.

DESPUÉS DE PRESENTAR LA APELACIÓN

- Le enviaremos una carta para confirmarle que recibimos su apelación en un plazo de 72 horas a partir del momento de la recepción.
- Si la apelación no es urgente, le enviaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de 14 días naturales.
- En el caso de las apelaciones relacionadas con un tratamiento experimental o en investigación, le enviaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de 20 días naturales.

REVISIÓN URGENTE

Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión urgente en los siguientes casos:

- Si actualmente recibe, o le indicaron que debe recibir, un tratamiento o beneficios que dejaría de recibir debido a esta decisión.
- Si su proveedor considera que una demora en el tratamiento debido al tiempo de la revisión estándar podría suponer un peligro grave para su vida, su salud general o su capacidad para recuperar su máxima funcionalidad, o podría provocarle un dolor intenso e intolerable.
- Si esta decisión está relacionada con el ingreso, la disponibilidad de los servicios de atención médica, la continuidad de la estadía o los servicios de atención médica de emergencia, y usted no ha recibido el alta de la sala de emergencias o del servicio de transporte.

La revisión urgente de una apelación y la revisión externa urgente se pueden solicitar verbalmente o por escrito. Preferentemente, tomaremos la decisión en un plazo de 24 horas, pero no demoraremos más de 72 horas después de recibir la solicitud.

Coordinated Care Corporation

Revisión externa por parte de una organización de revisión independiente

Si no tiene éxito con la apelación de esta decisión, puede solicitar una revisión externa de nuestra decisión por parte de una organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). Debe solicitar la revisión externa por parte de una IRO en un plazo de 180 días a partir de la fecha en la que recibió la decisión sobre la apelación.

Puede solicitar la revisión externa por correo postal, teléfono, fax o al contactar al Departamento de Apelaciones como se indica anteriormente.

Usted no es responsable del costo de la revisión de la IRO. Solicitar una revisión externa por parte de una IRO no ocasionará discriminación contra usted. La IRO es imparcial y no está relacionada con Ambetter de Coordinated Care.

DESPUÉS DE SOLICITAR UNA REVISIÓN EXTERNA

- Le comunicaremos el nombre y la información de contacto de la IRO que revisará su caso el día posterior a la selección de la IRO.
- Usted tendrá al menos cinco días hábiles o un plazo de 24 horas en el caso de una solicitud urgente ante la IRO para enviar información adicional a la IRO.
- Enviaremos su solicitud y la información pertinente a la IRO para su revisión en un plazo de tres días hábiles después de recibir la solicitud.
- Enviaremos a la IRO: sus registros médicos, todos los documentos que utilizamos para tomar la decisión, una lista de proveedores de atención médica que tengan información pertinente sobre el caso, y cualquier otra información que usted o su proveedor nos hayan enviado.
- Para casos que no son urgentes, la IRO debe comunicar su determinación en un plazo de 15 días naturales después de recibir la información necesaria o en un plazo de 20 días calendario después de recibir su solicitud, lo que suceda primero.
- Para casos urgentes, la IRO debe comunicar su determinación en un plazo de 72 horas después de recibir la información necesaria.

Se puede solicitar una revisión externa urgente y una apelación urgente al mismo tiempo en determinadas situaciones. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para solicitar una revisión externa por parte de una IRO, llame al Servicios para Miembros al 1-877-687-1197.

Continuidad del servicio

Si usted apela o solicita una revisión externa de una decisión que afecte los servicios o suministros que recibe actualmente, seguiremos proporcionándole dicha cobertura durante el periodo de revisión de la apelación. Sin embargo, para seguir teniendo dicha cobertura, deberá comunicarse con nosotros y solicitarla. Si su apelación no tiene éxito, es posible que deba responsabilizarse del costo de la cobertura recibida durante el periodo de revisión. La decisión que toma la IRO después de la revisión externa es definitiva, a menos que existan otros recursos disponibles, según la legislación estatal o federal.

Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre las acciones de su compañía de seguros o de su agente, o quisiera información acerca de sus derechos de presentar una apelación, contacte a la Oficina del estado de Washington (Washington state Office), o llame a la línea directa de protección del consumidor del Comisionado de Seguros (Insurance Commissioner) al 1-800-562-6900 o visite el sitio web www.insurance.wa.gov. El Comisionado de Seguros protege y educa a los clientes de seguros, favorece el interés público, y proporciona una normativa justa y eficiente del sector asegurador.