

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 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 [Recursos para Miembros \(Member Resources\)](#) 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 Departamento de Reclamos (Grievance Department) 1145 Broadway Suite 300 Tacoma, WA 98402	Teléfono: 1-877-687-1197 TDD/TTY: 1-877-941-9238 Fax: 1-855-218-0588
---	--

DESPUÉS DE PRESENTAR UN RECLAMO

- Le comunicaremos que recibimos su reclamo dentro de 2 días hábiles.
- Resolveremos y le enviaremos una resolución por escrito de su reclamo en un lapso de 30 días de su recepción.
- Mantendremos su reclamo de forma confidencial. La presentación de 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 presentando una apelación ante Ambetter de Coordinated Care. Usted debe enviar su apelación en un lapso de 180 días a partir de la fecha en que recibió el aviso de la decisión adversa (también conocida como una “determinación adversa de beneficios”).

Si desea que alguien más lo represente en el proceso de apelación, debe firmar y enviar un formulario de Representante Autorizado, disponible en la sección Recursos para Miembros en nuestro sitio web. Si se denegó 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, teléfono o fax a:

Ambetter de Coordinated Care
Departamento de Apelaciones (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 podamos contactarlo
- Por qué cree que debemos cambiar la decisión
- Cualquier información que respalde su solicitud.

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

DESPUÉS DE PRESENTAR UNA APELACIÓN

- Le enviaremos una carta acusando recibo de su apelación en un lapso de 72 horas de 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 prescribieron tratamientos o beneficios que cesarían debido a esta decisión; o
- su proveedor considera que una demora en el tratamiento basada en el tiempo de revisión estándar puede poner en grave peligro su vida, su salud general o capacidad para recuperar la función máxima, o le causaría un dolor severo 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 sido dado de alta de la sala de emergencia o servicio de transporte.

La revisión expedita de una apelación y una revisión expedita externa se pueden solicitar de forma verbal o por escrito. Tomaremos una decisión y le daremos una respuesta en un lapso de 72 horas de recibir una 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 por parte de 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 después de la fecha en que recibe la decisión de la apelación.

Puede solicitar la revisión externa por correo, teléfono o fax contactando al Departamento de Apelaciones según lo antes indicado.

Usted no es responsable por los costos de la revisión de la IRO. La solicitud de una revisión externa por una IRO no acarreará discriminación 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 1 día después de seleccionar la IRO.
- Usted tendrá al menos 5 días hábiles para entregarle información adicional a la IRO.
- Le enviaremos su solicitud e información relevante a la IRO para su revisión en un lapso de 3 días hábiles de haber recibido la solicitud.
- Le enviaremos a la IRO: sus registros médicos, toda la documentación utilizada para tomar nuestra decisión, una lista de los proveedores de atención médica que puedan tener información pertinente relacionada con el problema y cualquier otra información que usted o su proveedor nos haya enviado.
- Para los casos no urgentes, la IRO debe entregar 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 primero.

En ciertas situaciones 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 al Miembro al 1-877-687-1197.

Continuación de los servicios

Si usted apela o solicita una revisión externa de una decisión que afecta los servicios o suministros que actualmente recibe, 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, debe ponerse en contacto con nosotros y solicitar la continuación de la cobertura en un lapso de 10 días después de haber recibido este aviso o la fecha de entrada en vigor de nuestra decisión. Si no tiene éxito con su apelación, puede ser responsable por el costo de la cobertura recibida durante el período de revisión. La decisión de una IRO en la revisión externa es vinculante, salvo que haya otros recursos disponibles conforme a la ley estatal o federal.

Si tiene otras preguntas o inquietudes sobre el proceso de apelación, puede comunicarse con el Comisionado de Seguros del Estado de Washington para obtener ayuda adicional:

Office of the Insurance Commissioner
Consumer Protection Division
P.O. Box 40256
Olympia, WA 98504-0256
Llamada gratuita: 1-800-562-6900
<https://www.insurance.wa.gov/contact-information-insurance-consumers>