

Información importante referente a sus servicios de cuidados paliativos [hospice]
Presbyterian Senior Care (HMO)

29 de abril del 2021

Estimado asegurado,

Esta es información importante con respecto a su cobertura de Presbyterian Senior Care (HMO) para los servicios de cuidados paliativos [hospice].

Anteriormente le enviamos la Evidencia de Cobertura [EOC por sus siglas en inglés], la cual tiene información sobre su cobertura como inscrito en nuestro plan. Este aviso actualizará su EOC con respecto a los servicios de cuidados paliativos. Favor de guardar esta información para futuras consultas. Su EOC y la información que se presenta en este aviso se encuentran en nuestro sitio web en <https://www.phs.org/Medicare>.

Organización para Mejorar la Calidad [Quality Improvement Organización]

(pagado por el Programa Medicare para estar al tanto de la calidad de la atención médica para las personas que tengan la cobertura de Medicare)

Hay una Organización para Mejorar la Calidad designada para servir a los beneficiarios del Programa Medicare en cada estado. Cada Organización para Mejorar la Calidad tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. El Programa Medicare le paga a dicha organización para estar al tanto de la calidad de la atención médica que reciben las personas que tienen la cobertura del Programa Medicare y para ayudar a mejorar la calidad de esa atención médica.

Para Nuevo México, el nombre de la Organización para Mejorar la Calidad es KEPRO. KEPRO es una organización independiente. No está vinculada a nuestro plan.

Se deberá poner en contacto con KEPRO si cree que se está terminando demasiado pronto la cobertura de sus servicios de cuidados paliativos.

Método	KEPRO (la Organización para Mejorar la Calidad de Nuevo México): Datos de contacto
LLAMADAS	1-844-430-9504, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.
CORRESPONDENCIA	5201 W. Kennedy Blvd, Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

Cómo nos puede pedir que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura se está terminando demasiado pronto

Si usted está recibiendo atención paliativa como paciente en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos de ese tipo de atención médica durante todo el tiempo que usted necesite la atención médica y sea elegible para recibir los servicios de cuidados paliativos. Para más información sobre sus servicios cubiertos, incluso la porción de los costos que le corresponde pagar y todas las limitaciones pertinentes que rigen la cobertura, consulte el Capítulo 4 de su Evidencia de Cobertura.

Paso 1: Presente su apelación de nivel 1: Póngase en contacto con la Organización para Mejorar la Calidad de su estado y solicite una revisión. Tiene que actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para Mejorar la Calidad?

Esa organización está compuesta de un grupo de médicos y otros expertos de atención médica pagados por el gobierno federal. Dichos expertos no forman parte de nuestro plan. Están al tanto de la calidad de la atención médica que reciben las personas que tienen la cobertura del Programa Medicare y revisan las decisiones del plan referentes a cuándo se debe dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo se puede poner en contacto con esa organización?

El aviso escrito que usted recibió explica cómo ponerse en contacto con esa organización. (O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para Mejorar la Calidad de su estado más arriba en este aviso.)

¿Qué debo pedir?

Pídale a esa organización una “apelación acelerada” (para llevar a cabo una revisión independiente) con respecto a si es médicamente apropiado que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para ponerse en contacto con esa organización.

Tiene que ponerse en contacto con la Organización para Mejorar la Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia que se indica en el Aviso de que el Programa Medicare no cubrirá los servicios.

Si no cumpliera con la fecha límite para ponerse en contacto con la Organización para Mejorar la Calidad, y aún desea presentar una apelación, nos tendrá que presentar la apelación directamente. Para conseguir detalles acerca de esa otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 1.4 a continuación.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o si necesita ayuda en cualquier momento, favor de llamar al Centro de Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). O lame a su Programa Estatal de Ayuda con los Seguros Médicos, una organización gubernamental que ofrece ayuda personalizada (consulte el Capítulo 2 de su Evidencia de Cobertura).

Si solicita a tiempo una apelación de nivel 1, la Organización para Mejorar la Calidad revisa su apelación y decide si se deberá cambiar la decisión que tomó nuestro plan.

A continuación presentamos los pasos a seguir para apelar nuestra decisión:

Paso 2: La Organización para Mejorar la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esa revisión?

Los profesionales médicos de la Organización para Mejorar la Calidad (los llamamos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que se deberá continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero lo puede hacer si quiere.

Además la organización de revisión consultará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le aporte nuestro plan.

Al terminar el día, los revisores nos informan de su apelación y también le enviaremos un aviso por escrito en el cual le explicamos en detalle nuestras razones por terminar nuestra cobertura de sus servicios de cuidados paliativos.

Términos legales
Ese aviso de explicación se conoce como la “ Explicación detallada de no cubrir los servicios. ”

Paso 3: En un día completo después de que tengan toda la información que necesiten, los revisores le avisarán de su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí a su apelación?

Si los revisores dicen que *sí* a su apelación, entonces **tenemos que seguir proporcionado sus servicios cubiertos mientras que sean médicamente necesarios.**

Tendrá que seguir pagando la porción de los costos que le corresponde (por ejemplo, los deducibles o los copagos, si procede). Además, a lo mejor habrá limitaciones que rigen sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de su Evidencia de Cobertura).

¿Qué sucede si los revisores dicen que no a su apelación?

Si los revisores dicen que *no* a su apelación, entonces **terminará su cobertura en la fecha que le indicamos.** Dejaremos de pagar nuestra porción de los costos de esa atención médica a partir de la fecha que se indica en el aviso.

Si decide seguir recibiendo los servicios de cuidados paliativos *después* de la fecha en que se termina su cobertura, **usted mismo tendrá que pagar el costo en su totalidad** de dicha atención médica.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de nivel 1 es que no, usted decide si desea presentar otra apelación.

Esa primera apelación que usted presenta es el “nivel 1” del proceso de apelación. Si los revisores

dicen que *no* a su apelación de nivel 1 – y usted elige seguir recibiendo la atención médica después de que se haya terminado su cobertura de la atención médica – entonces puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación quiere decir que pasa al “nivel 2” del proceso de apelación.

Section 1.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo

Si la Organización para Mejorar la Calidad ha rechazado su apelación y usted elige seguir recibiendo la atención médica después de que se haya terminado su cobertura de esa atención médica, entonces puede presentar una apelación de nivel 2. En la apelación de nivel 2, le pide a la Organización para Mejorar la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron referente a su primera apelación. Si la Organización para Mejorar la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, a lo mejor tendrá que pagar el costo en su totalidad de los servicios de cuidados paliativos que haya recibido *después* de la fecha que indicamos para terminar su cobertura.

A continuación presentamos los pasos del proceso de apelación de nivel 2:

Paso 1: Usted se pone en contacto de nuevo con la Organización para Mejorar la Calidad y solicita otra revisión.

Tiene que solicitar dicha revisión en **60 días**, a partir de la fecha en que la Organización para Mejorar la Calidad dijo que *no* a su apelación de nivel 1. Puede solicitar dicha revisión solo si siguió recibiendo atención médica después de la fecha en que se terminó su cobertura de la atención médica.

Paso 2: La Organización para Mejorar la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su situación.

Los revisores de la Organización para Mejorar la Calidad revisarán de nuevo cuidadosamente toda la información referente a su apelación.

Paso 3: En 14 días, a partir de la fecha en que se reciba su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión con respecto a su apelación y le informarán de dicha decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que sí a su apelación?

Tenemos que reembolsarle la porción de los costos que nos corresponde pagar por la atención paliativa que usted recibió, a partir de la fecha que indicamos para terminar su cobertura. **Tenemos que seguir proporcionando la cobertura** de la atención paliativa mientras que sea médicamente necesaria.

Tiene que seguir pagando la porción de los costos que le corresponde a usted y tal vez habrá limitaciones pertinentes que rigen la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no?

Quiere decir que están de acuerdo con la decisión que tomamos con respecto a su apelación de nivel 1 y no la cambiarán.

El aviso escrito que recibirá le dirá lo que puede hacer si desea proseguir con el proceso de revisión. Le dará los detalles acerca de cómo proseguir con el siguiente nivel de apelación, de la cual se encarga un juez de derecho administrativo o un árbitro que es abogado.

Paso 4: Si la respuesta es que no, tendrá que decidir si quiere proseguir con su apelación.

Hay tres niveles adicionales de apelación más allá del nivel 2, un número total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, puede aceptar esa decisión o proseguir con el nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez de derecho administrativo o un árbitro que es abogado revisa su apelación.

El Capítulo 7 (solo para el Plan 1 de Presbyterian Senior Care (HMO)) o el Capítulo 9 (para los Planes 2 y 3 de Presbyterian Senior Care (HMO)) de la Evidencia de Cobertura le informan más a fondo de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 1.4	¿Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de nivel 1?
--------------------	---

En vez, nos puede presentar su apelación directamente

Como se explica más arriba en la Sección 1.2, tiene que ponerse en contacto rápidamente con la Organización para Mejorar la Calidad para iniciar su primera apelación (en un día o dos, al máximo). Si no cumpliera con la fecha límite para ponerse en contacto con esa organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usted utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *son distintos los primeros dos niveles de apelación.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Si no cumpliera con la fecha límite para ponerse en contacto con la Organización para Mejorar la Calidad, puede presentarnos una apelación, si solicita una “revisión acelerada” o una “reconsideración acelerada.” Una revisión acelerada es una apelación que utiliza las fechas límites aceleradas en vez de las fechas límites corrientes.

A continuación presentamos los pasos para una apelación alternativa de nivel 1:

Términos legales
Una “revisión acelerada” (o “apelación acelerada”) también se conoce como una “reconsideración acelerada” .

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una “revisión acelerada.”

Para conseguir detalles de cómo ponerse en contacto con nosotros, vaya al Capítulo 2 de su Evidencia de Cobertura y consulte la sección titulada, *Cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el centro de servicio al cliente del plan.*

No deje de solicitar una “revisión acelerada.” Eso quiere decir que nos está pidiendo que le demos una respuesta conforme a las fechas límites “aceleradas” en vez de las fechas límites “corrientes”.

Tiene que presentar la solicitud de apelación en 60 días calendario, a partir de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle de nuestra respuesta a su solicitud de una decisión referente a la cobertura. Si no cumple con dicha fecha límite y tiene motivo justificado por no haber cumplido, explique por qué presentó tarde su apelación cuando presente su apelación. A lo mejor le concederemos más tiempo para presentar su apelación.

Unos ejemplos de motivos justificados por no cumplir con la fecha límite pudieran incluir si tenía una enfermedad grave que previno que se pusiera en contacto con nosotros o si le aportamos información incorrecta o incompleta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación.

Paso 2: Llevamos a cabo una “revisión acelerada” de la decisión que tomamos referente a cuándo se debe terminar la cobertura de sus servicios.

En esa revisión, revisamos de nuevo toda la información sobre su caso. Confirmamos que hayamos cumplido todas las reglas cuando programamos la fecha para terminar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Utilizaremos las fechas límites “aceleradas” en vez de las fechas límites corrientes para darle la respuesta de esta revisión.

Paso 3: Le daremos nuestra decisión en 72 horas, a partir de cuando solicite la “revisión acelerada” (“apelación acelerada”).

Si decimos que sí a su apelación acelerada, quiere decir que estamos de acuerdo con usted que necesita los servicios por más tiempo y seguiremos proporcionando sus servicios cubiertos mientras que sean médicamente necesarios. Además quiere decir que aceptamos reembolsarle por nuestra porción de los costos de la atención médica que ha recibido, a partir de la fecha que indicamos para terminar su cobertura. (Tiene que pagar la porción de los costos que le corresponde y tal vez habrá limitaciones pertinentes que rigen la cobertura.)

Si decimos que no a su apelación acelerada, entonces su cobertura terminará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna porción de los costos después de dicha fecha.

Si siguió recibiendo los servicios de cuidados paliativos *después* de la fecha que indicamos para terminar su cobertura, entonces **usted mismo tendrá que pagar el costo en su totalidad** de dicha atención médica.

Paso 4: Si decimos que no a su apelación acelerada, su caso avanzará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

Para estar seguros de que hayamos cumplimos todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación acelerada, **se exige que enviemos su apelación a la “Organización Independiente de Revisión.”** Cuando hagamos eso, quiere decir que avanza *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

En la apelación de nivel 2, la **Organización Independiente de Revisión** revisa la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su “apelación acelerada.” Esa organización decide si se deberá cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización Independiente de Revisión” es la “ Entidad Independiente de Revisión. ” A veces se llama “ IRE ” (por sus siglas en inglés).

Paso 1: Automáticamente remitiremos su caso a la Organización Independiente de Revisión.

Se exige que enviemos la información de su apelación de nivel 2 a la Organización Independiente de Revisión en 24 horas, a partir de cuando le informemos que estamos diciendo que no a su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo esta fecha límite u otra fechas límites, puede presentar una queja. El proceso de reclamación es diferente del proceso de apelación. El Capítulo 6 (solo para el Plan 1 de Presbyterian Senior Care (HMO)) o el Capítulo 8 (para los Planes 2 y 3 de Presbyterian Senior Care (HMO)) de su Evidencia de Cobertura explican cómo presentar una queja.)

Paso 2: La Organización Independiente de Revisión lleva a cabo una “revisión acelerada” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en 72 horas.

La Organización Independiente de Revisión es una organización independiente contratada por el Programa Medicare. Esa organización no está vinculada con nuestro plan y no es agencia gubernamental. Dicha organización es una compañía que seleccionó el Programa Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización Independiente de Revisión. El Programa Medicare supervisa su trabajo.

Los revisores de la Organización Independiente de Revisión revisarán cuidadosamente toda la información correspondiente a su apelación.

Si esa organización dice que *sí* a su apelación, entonces tendremos que reembolsarle (pagarle) nuestra porción de los costos de la atención médica que ha recibido, a partir de la fecha que indicamos para terminar su cobertura. Además tenemos que seguir cubriendo la atención médica mientras que sea médicamente necesaria. Tiene que seguir pagando su porción de los costos de la atención médica. Si hay limitaciones que rigen la cobertura, pudieran limitar cuánto le reembolsamos o por cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.

Si esa organización dice que *no* a su apelación, quiere decir que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan con respecto a su primera apelación y no la cambiarán.

El aviso escrito que recibe de la Organización Independiente de Revisión le explicará lo que puede

hacer si desea proseguir con el proceso de revisión. Le dará los detalles de cómo proseguir con una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si la Organización Independiente de Revisión rechaza su apelación, usted decide si desea proseguir con el proceso.

Hay tres niveles adicionales de apelación más allá del nivel 2, un número total de cinco niveles de apelación. Si los revisores dicen que no a su apelación de nivel 2, puede aceptar esa decisión o proseguir con el nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez de derecho administrativo o un árbitro que es abogado revisa su apelación.

El Capítulo 7 (solo para el Plan 1 de Presbyterian Senior Care (HMO)) o el Capítulo 9 (para los Planes 2 y 3 de Presbyterian Senior Care (HMO)) de la Evidencia de Cobertura le informan más a fondo de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

No se exige que tome ninguna acción con respecto a este documento, pero recomendamos que guarde esta información para futuras consultas. Si tiene preguntas, favor de llamarnos al:



(505) 923-6060
1-800-797-5343
(TTY 711)



Del 1° de octubre al 31° de marzo:

De las 8:00 de la mañana a las 8:00 de la noche
Los siete días de la semana
(salvo los días feriados)



info@phs.org

Del 1° de abril al 30 de septiembre:

De las 8:00 de la mañana a las 8:00 de la noche, de
lunes a viernes (salvo los días feriados)

Atentamente,

El personal del Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian que le atiende

Presbyterian Senior Care (HMO) es un plan de Medicare Advantage que tiene contrato con el Programa Medicare. La inscripción en Presbyterian Senior Care (HMO) depende de la renovación del contrato.

Presbyterian cumple las leyes de derechos civiles y no discrimina por motivos de estatus protegido, incluso entre otros, raza, color, origen nacional, edad, discapacidad u orientación sexual o expresión de género. Si necesita ayuda lingüística, están a su disposición dichos servicios sin costo alguno. Llame al (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si usted prefiere hablar en español, están a su disposición servicios gratuitos de ayuda lingüística. Llame al (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíłnih (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Para más información, visite <https://www.phs.org/pages/nondiscrimination.aspx>.