

Quejas, decisión de cobertura y proceso de revisión de apelaciones para BlueMedicare Rx (PDP) y BlueMedicare Group Rx (PDP ofrecido por el Empleador)

Quejas

Su derecho a presentar quejas

Como asegurado de nuestro plan, usted tiene derecho a presentar una queja (lo que también se conoce como "presentar una reclamación") para ciertos tipos de problemas **no relacionados con beneficios, cobertura o pago**. Estos son algunos ejemplos de los problemas que se manejan a través del proceso de quejas:

- No está satisfecho con la limpieza de una de nuestras farmacias de la red,
- Usted tiene que esperar demasiado (por ejemplo, para obtener una receta o hablar con un representante de Atención al Cliente).
- usted siente que alguien no respetó sus derechos de privacidad, o
- no está satisfecho con la puntualidad de nuestra respuesta a las decisiones de cobertura y apelaciones que ha solicitado.

Cómo presentar una queja con nuestro Plan

Si tiene quejas respecto a nuestros planes de medicinas recetadas, le aconsejamos que usted o su representante llame primero a nuestro Departamento de Atención al cliente al 1-800-926 -6565 . Podrá hablar con alguien de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, deberá dejar un mensaje los sábados, domingos y los días feriados federales. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-955-8770. Las llamadas a estos números son gratuitas. Vamos a tratar de resolver su queja por teléfono.

Si no podemos resolver su queja por teléfono o no quiere llamar a nuestro plan, tenemos un procedimiento formal para revisar quejas. Estas quejas deben ser presentadas por escrito a la siguiente dirección o número de fax:

Dirección: Prime Therapeutics LLC
Atención: BlueMedicare/Florida Blue Grievance Dept.
10826 Farnam Drive
Omaha, NE 61854

Número de fax: 1-888-285-2242

No está obligado a usar el formulario de quejas de Florida Blue, pero le recomendamos que lo haga. Llame al departamento de atención al cliente para obtener el formulario de quejas.

Todas las quejas, sean telefónicas o escritas, deberán presentarse dentro de un periodo de **60 días** posteriores al evento o incidente. Responderemos a su reclamo, a más tardar, **en un periodo de 30 días** calendario después de que lo recibamos (antes si su salud así lo requiere). Si necesitamos más información y a usted le conviene que haya una demora o la solicita, podemos tomarnos 14 días más para responderle (44 días en total).

Quejas rápidas

Si nuestro plan deniega su solicitud de decisión de cobertura "rápida" o apelación "rápida" de primer nivel y usted considera que esperar más pondría en peligro su salud, puede presentar una solicitud de queja "rápida" (ya sea por escrito o por teléfono). Responderemos a una queja "rápida" dentro **de 24 horas**.

Presentación de una queja con su Organización de mejoramiento de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) estatal

Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibe, puede presentar una queja ante la QIO de su estado. En Florida la QIO se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO en la siguiente dirección y número de teléfono:

5201 W. Kennedy Boulevard, Suite 900
Tampa, FL 33609

Número de teléfono: 1-844-455-8708

Decisiones de Cobertura (Determinaciones)

Las decisiones de cobertura (también llamadas "determinaciones de cobertura") son decisiones que se toman relacionadas a sus beneficios de medicinas recetadas y cobertura, o el monto que pagaremos por sus medicinas cubiertas de la Parte D de Medicare. Las determinaciones de cobertura son el primer paso para hacer frente a los problemas que pueda tener con respecto a los beneficios médicos, cobertura o cantidades de pago.

¿Quién puede solicitar una determinación de cobertura?

Usted, el médico que la receta, o a quien usted nombre, puede solicitar una determinación de cobertura. La persona que nombre será su "representante autorizado" Otras personas pueden estar autorizadas bajo la ley estatal para actuar en su nombre.

Petición de una determinación de cobertura "estándar" o "rápida"

Para solicitar una decisión "estándar" o "rápida" para una medicina de la Parte D, usted, su médico o su representante deben llamar, enviar un fax o escribirnos. Aquí está nuestra información de contacto:

Dirección: Prime Therapeutics LLC
Atención: Clinical Review Department
1305 Corporate Center Drive, Building N10
Eagan, MN 55121

Número de teléfono: 1-800-926-6565. Las llamadas a este número son gratuitas. Podrá hablar con alguien de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, deberá dejar un mensaje los sábados, domingos y los días feriados federales. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-955-8770.

Número de fax: 1-800-693-6703

Sitio de Internet: www.MyPrime.com

La mayoría de las solicitudes de determinación de cobertura estándar son las solicitudes de excepciones a las reglas o restricciones que se aplican a un determinado fármaco. Estas solicitudes requieren que su médico u otro proveedor presente una declaración por escrito explicando las razones médicas para solicitar una excepción a las reglas o restricciones. En estos casos, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar en un periodo de **72** horas posteriores a haber recibido la declaración de su médico, o de quien le recete, respaldando su petición. Para una determinación de cobertura estándar sobre una petición de pago para una medicina de la Parte D que usted ya compró, debemos comunicarle nuestra decisión en un lapso no mayor a 14 días después de recibir su petición. Si nuestra decisión es favorable, también tenemos que hacer el pago en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud.

Si estos plazos estándar podrían causar daños graves a su salud, puede solicitar una determinación de cobertura "rápida" o "acelerada". Si su médico u otra persona autorizada nos dice que necesita una determinación de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos darle una. Para una determinación de cobertura rápida sobre una medicina de la Parte D, le comunicaremos nuestra decisión dentro de 24 horas. Esto por lo general significa

24 horas después de que recibamos una declaración por escrito de su médico o alguien más que le recete y que respalde su petición.

Apelaciones

Apelaciones a nuestro plan (Apelaciones de Nivel 1)

Nos puede pedir que revisemos nuestra determinación de la cobertura aún si solamente parte de nuestra decisión no es lo que usted solicitó. Una apelación a nuestro plan sobre la Parte D se denomina "redeterminación" del plan. Cuando recibimos su solicitud para revisar una determinación de cobertura, le damos la solicitud a personas en nuestra organización que no participaron en la determinación de la cobertura.

¿Quién puede presentar su apelación de la determinación de cobertura?

Cuando usted apela una determinación de cobertura sobre una medicina de la Parte D, usted, su representante o su médico pueden presentar una petición de apelación estándar o una petición de apelación rápida.

¿En qué plazo debe presentar su apelación?

Debe presentar la solicitud de apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha incluida en el aviso de nuestra determinación de cobertura. Podemos darle más tiempo si tiene una buena razón para no cumplir el plazo.

Cómo presentar su apelación

Petición de una apelación estándar

Para pedir una apelación "estándar" o "rápida", usted, su médico o su representante pueden enviar una petición firmada, por escrito o comunicarse con nosotros por teléfono. Aquí está la información de contacto que necesita:

Dirección:	Prime Therapeutics LLC Atención: Clinical Review Department 1305 Corporate Center Drive, Building N10 Eagan, MN 55121
Número de teléfono:	1-800-926-6565. Las llamadas a este número son gratuitas. Podrá hablar con alguien de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, deberá dejar un mensaje los sábados, domingos y los días feriados federales. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-955-8770.
Número de fax:	1-800-693-6703
Sitio de Internet:	www.MyPrime.com

Para apelaciones estándar, debemos informarle nuestra decisión en un periodo de 7 días después de recibir su apelación (antes si su salud lo requiere). Si no somos capaces de hacerlo, debemos enviar su apelación al siguiente nivel (Nivel 2) del proceso de apelaciones.

Petición de una apelación rápida

Si está apelando una decisión que tomamos acerca de darle una medicina de la Parte D que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida (o "acelerada"). Para apelaciones rápidas, debemos informarle nuestra decisión en un periodo de 72 horas después de recibir su apelación (antes si su estado de salud requiere una decisión más rápida). Si no somos capaces de informarle nuestra decisión dentro del periodo de 72 horas, debemos enviar su apelación al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que aquellos para obtener una decisión de determinación de cobertura rápida. Si su médico proporciona una declaración escrita u oral que explica su necesidad de una apelación rápida, nosotros automáticamente le daremos una.

La información de contacto para apelaciones rápidas es la misma que la de apelaciones estándar (vea arriba). Para solicitar una apelación rápida fuera de las horas regulares de oficina, envíe su solicitud por fax a los números que aparecen arriba en la sección "Solicitud de una apelación estándar". Asegúrese de pedir una revisión rápida o "acelerada".

Niveles de apelación adicionales

Si rechazamos su apelación de Nivel 1 de nuestro plan, puede optar por aceptar la negación o puede presentar otra apelación. Este recurso sería una apelación de nivel 2. En este nivel una organización de revisión independiente externa sin conexión con nuestro plan revisa nuestra decisión y decide si se mantiene o si hay que cambiarla. Siempre que cumpla con ciertas reglas, usted puede continuar avanzando hasta 5 niveles de apelación. Consulte la Constancia de cobertura de nuestro plan para obtener más información sobre estos niveles de apelación adicionales.

Un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare.

Esta información está disponible de manera gratuita en otros idiomas. Comuníquese con Atención al cliente al 1-800-926-6565 para obtener información adicional. Podrá hablar con alguien de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, deberá dejar un mensaje los sábados, domingos y los días feriados federales. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil. (Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-955-8770). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este, los siete días de la semana. El departamento de Atención al cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación, que están disponibles para las personas que no hablan inglés.

This information is available for free in other languages. Please contact our Member Services number at 1-800-926-656 for additional information. You will be able to speak to someone from 8:00 a.m. – 8:00 p.m. local time, seven days a week from October 1 through February 14, except for Thanksgiving Day and Christmas Day. However, from February 15 to September 30, you will have to leave a message on federal holidays, Saturdays and Sundays. We will return your call within one business day. TTY users should call 1-800-955-8770. We are open 8:00 a.m. – 8:00 p.m. ET, seven days a week. El departamento de Atención al cliente ofrece servicios de interpretación de manera gratuita, disponibles para las personas que no hablan inglés.