



Derechos y responsabilidades de los afiliados

Cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de Experience Health

Puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de Experience Health todos los días de 8 am a 8 pm llamando al 1-833-777-7394 (TTY: 711). Las llamadas a este número son gratuitas.

Introducción sobre sus derechos y protecciones

Como usted tiene Medicare, tiene ciertos derechos que le ayudan a protegerse. Esta página explica sus derechos y protecciones de Medicare como afiliado de Experience Health Medicare AdvantageSM(HMO). Si cree que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no están siendo respetados le diremos lo que puede hacer. Si desea obtener publicaciones de Medicare sobre sus derechos, puede llamar y solicitarlas al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Su derecho a ser tratado con justicia y respeto

Usted tiene derecho a ser tratado con dignidad, respeto y justicia en todo momento. Debemos obedecer las leyes contra la discriminación que lo protegen del trato injusto. Estas leyes dicen que no podemos discriminarlo (tratarlo injustamente) debido a su raza o color, edad, religión, nacionalidad o a cualquier discapacidad mental o física que pueda tener.

Si cree que ha sido tratado injustamente debido a su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad o religión, por favor háganoslo saber. También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-833-777-7394 (TTY, 711), o contactarse con la Oficina de Derechos Civiles regional de su área.

Oficina Regional del Sur de Derechos Civiles

Estado de la región

Carolina del Norte
Florida
Georgia
Kentucky
Carolina del Sur
Tennessee

Información de contacto

Número de teléfono:(404) 562-7000
Número TTY:(404) 562-7004
(Para personas con problemas de audición y habla)
Dirección:Oficina de Derechos Civiles
El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
Centro Federal de Atlanta
Suite 16T126
61 Forsyth Street, SW
Atlanta, GA 30303

ATENCIÓN: Si necesita servicios de ayuda con el idioma, estos están disponibles para usted de forma gratuita. Por favor, utilice la información arriba mencionada para contactar al Servicio de Atención al Cliente de Experience Health.

Su derecho a la privacidad de sus registros médicos y de su información médica personal

Existen leyes federales y estatales que protegen la privacidad de sus registros médicos y de su información médica personal. Mantenemos la privacidad de su información médica personal tal como la protege estas leyes. Cualquier información médica personal que nos dé cuando se inscriba en este plan está protegida. Nos aseguraremos de que personas no autorizadas no vean o cambien sus registros. Por lo general, debemos obtener un permiso por escrito de usted (o de alguien a quien usted haya dado poder legal para tomar decisiones por usted) antes de que podamos dar su información médica a cualquier persona que no lo esté atendiendo o pagando por su atención. Hay excepciones permitidas o requeridas por la ley, como la divulgación de información médica a agencias gubernamentales que están controlando la calidad de la atención. Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información médica. Se nos exige que le proporcionemos un aviso que le informe sobre estos derechos y le explique cómo protegemos la privacidad de su información médica. Por ejemplo, usted tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de ellos (puede que se le cobre un arancel por hacer copias). También tiene derecho a pedirnos que agreguemos o corrijamos algo en sus registros médicos (si nos pide esto, revisaremos su solicitud y determinaremos si los cambios corresponden). Usted tiene derecho a saber cómo se ha distribuido y utilizado su información médica con fines no rutinarios. Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información personal y de sus registros médicos, por favor use la información mencionada anteriormente para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de Experience Health.

Su derecho a surtir sus recetas dentro de un período de tiempo razonable

Debe surtir todas sus recetas en una farmacia de la red¹, es decir, de farmacias que contratan con Experience Health. Tiene derecho a ir a cualquier farmacia de la red para que le surtan sus recetas según el nivel de beneficios. Tiene derecho al acceso oportuno de recetas. "Acceso oportuno" significa que puede surtir sus recetas en un plazo razonable.

Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a conocer los diferentes Programas de Tratamiento de Administración de Medicamentos que ofrecemos y en cuáles puede participar. Tiene derecho a que le informen sobre cualquier riesgo relacionado con su atención. Tiene derecho a rechazar el tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar de tomar su medicación. Si rechaza el tratamiento, asume la responsabilidad de lo que ocurra como resultado de rechazar el tratamiento.

Tiene derecho a que le demos una explicación detallada si considera que una farmacia de la red le ha denegado la cobertura de un medicamento que usted cree que tiene derecho a obtener o la atención que cree que debe seguir recibiendo.

Su derecho a presentar quejas

Tiene derecho a presentar una queja si tiene inquietudes o problemas relacionados con su cobertura o atención. "Apelaciones" y "agravios" son los dos tipos diferentes de quejas que puede presentar. La que presente depende de su situación.

Si presenta una queja, debemos tratarlo de manera justa (es decir, no discriminarlo). Tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que los afiliados han presentado contra nosotros en el pasado. Para obtener esta información, por favor use la

información que aparece arriba para contactar al Servicio de Atención al Cliente de Experience Health.

Su derecho a obtener información sobre la cobertura y los costos de sus medicamentos

Este sitio web le dice lo que tiene que pagar por los medicamentos con receta como afiliado de Experience Health. Si necesita más información, por favor use los números de contacto listados arriba para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de Experience Health. Tiene derecho a que le demos una explicación acerca de cualquier factura que pueda recibir por medicamentos no cubiertos por su plan. Debemos decirle por escrito por qué no pagaremos por un medicamento, y cómo puede presentar una apelación para pedirnos que cambiemos esta decisión. Aprenda más sobre cómo presentar una apelación.

Su derecho a obtener información sobre nuestro Plan y nuestras farmacias de la red¹

Tiene derecho a obtener información de nosotros acerca del plan Experience Health Medicare Advantage (HMO). Esto incluye información sobre nuestra condición financiera y sobre nuestras farmacias de la red. Para obtener cualquier información de este tipo, por favor use la información que aparece arriba para contactar al Servicio de Atención al Cliente de Experience Health.

Su derecho a darse de baja de su plan

Usted tiene el derecho a darse de baja de Experience Health durante ciertos períodos dando aviso por escrito a Experience Health de su intención de hacerlo. La cobertura terminará el último día del mes siguiente a la fecha en que Experience Health reciba su solicitud por escrito. Para terminar su cobertura, puede enviar un aviso por escrito a Experience Health, P.O. Box 17468, Winston-Salem, NC 27116. Recibirá un acuse de recibo de su baja de Experience Health.

Cómo obtener más información sobre sus derechos

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de sus derechos y protecciones, utilice la información mencionada anteriormente para comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de Experience Health. También puede obtener ayuda e información gratuita del Programa de Información de Seguros Médicos para Adultos Mayores (SHIP). Puede llamar a SHIP al 1-855-408-1212. Además, el programa Medicare ha escrito un folleto llamado Sus derechos y protecciones de Medicare. Para obtener una copia gratuita, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O bien, puede visitar medicare.gov para pedir este folleto o imprimirlo directamente desde su computadora.

¿Qué puede hacer si cree que ha sido tratado injustamente o que no se respetan sus derechos?

Para inquietudes o problemas relacionados con sus derechos y protecciones de Medicare descriptos en esta sección, por favor use la información mencionada arriba para contactar al Servicio de Atención al Cliente de Experience Health. También puede obtener ayuda de SHIP llamando al 1-855-408-1212.

¿Cuáles son sus responsabilidades como afiliado de Experience Health?

Además de los derechos que tiene como afiliado de Experience Health Medicare Advantage

(HMO), también tiene algunas responsabilidades. Sus responsabilidades incluyen lo siguiente:

- Familiarizarse con su cobertura y con las reglas que debe seguir para recibir atención como afiliado. Utilizar la información disponible en este sitio web, así como otra información que le proporcionamos, para conocer su cobertura, lo que debe pagar y las reglas que debe seguir. Si tiene alguna pregunta, utilice la información indicada anteriormente para contactar al Servicio de Atención al Cliente de Experience Health.
- Proporcionar a su(s) prestadores(es) de atención médica la información que necesitan para atenderlo, y seguir los planes de tratamiento y las instrucciones que le den. Preguntar a su prestador de atención médica si tiene alguna duda.
- Pagar las primas de su plan y cualquier copago que pueda deber por los medicamentos cubiertos que obtenga.
- Hacernos saber si tiene alguna pregunta, preocupación, problema o sugerencia. Si tiene alguna pregunta, utilice la información indicada anteriormente para contactar al Servicio de Atención al Cliente de Experience Health.

Aviso de 30 días de cambios en el formulario

Si se ve afectado por un cambio por el que sus medicamentos se eliminan del formulario¹(ya no cubierto), o por el que sus medicamentos se trasladan a un nivel que requiere un copago más alto por parte del afiliado, Experience Health Medicare Advantage (HMO) le enviará un aviso por correo. Este aviso se enviará al menos 30 días antes de que el cambio de formulario entre en vigor. El plan le dirá por qué se está haciendo el cambio y enumerará las drogas alternativas con los costos previstos.

Se lo alienta a que utilice este plazo de 30 días para que su droga sea cambiada por una medicación alternativa apropiada. También tiene la opción de pedir a Experience Health una excepción de cobertura.

Por favor, tenga en cuenta:El aviso sobre los medicamentos que se retiran del mercado por razones de seguridad o debido a la determinación del plan de que son medicamentos que no pertenecen a la Parte D no se enviará dentro del plazo de 30 días del retiro del mercado.

Apelaciones y agravios médicos a Experience Health HMO

Agravios

Un agravio es un tipo de queja que puede presentar si no está conforme con Experience Health Medicare Advantage (HMO) o con un prestador contratado. Este tipo de queja no incluye controversias por cobertura o pagos. Los agravios pueden incluir quejas sobre la puntualidad, la idoneidad, el acceso o la calidad de su atención.

Ejemplo de un agravio:

Si está disconforme porque tuvo dificultades para comunicarse con nosotros a través de las líneas de teléfono, entonces su queja será manejada como un agravio.

¿Cómo presento un agravio?

El agravio debe ser presentado dentro de los sesenta (60) días siguientes al evento o incidente que le causó la insatisfacción. No se requiere un formulario específico para presentar un agravio. Usted o su representante designado pueden presentar un agravio por teléfono, correo, fax o en persona.

Un beneficiario de Medicare puede designar a una persona para que actúe como su representante en la presentación de un agravio. Un representante nombrado por el tribunal o que actúa de acuerdo con la ley de Carolina del Norte también puede presentar un agravio. Un agravio presentado por un representante no es válido hasta que el [formulario de Nombramiento de Representante \(AOR\)](#) sea completado y presentado, o se presente otro formulario equivalente, documentos legales o autorización.

Por teléfono:	Por correo:	Por fax:	En persona:
Los afiliados de Experience Health deben llamar al 1-833-777-7394 Para personas con problemas de audición y habla, llamar al 711 (TTY) Los siete (7) días de la semana, de 8 am a 8 pm, hora estándar del este	Experience Health A la atención de: Departamento de Apelaciones y Agravios de Medicare P.O. Box 17509 Winston-Salem, NC 27116-7509	Número local: (336) 794-8836 Número de teléfono gratuito: (888) 375-8836	Experience Health 1965 Ivy Creek Boulevard Durham, NC 27707 O 5660 University Parkway Winston-Salem, NC 27105 Lun. - Vie., 8 am - 5 pm, hora estándar del este

Si no está conforme con la calidad de la atención que ha recibido, también puede presentar su agravio ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO). La Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Carolina del Norte es KEPRO.

Puede contactar a KEPRO:

Por teléfono:	Por correo:	Por fax:	Por el sitio web:
1-888-317-0751 o para personas con problemas de audición y habla llamando al 1-855-843-4776 (TTY/TDD)	5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609	1- 844-878-7921	www.keproqio.com

¿Cuándo recibiré una decisión sobre mi agravio?

La resolución de un agravio se tomará tan pronto como su inquietud lo requiera, pero no más allá de los treinta (30) días calendario siguientes a la recepción del agravio. Podemos ampliar el plazo hasta un máximo de catorce (14) días calendario si usted solicita la prórroga, o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es en su beneficio. Si solicita una respuesta por escrito a un agravio verbal, se le proporcionará una dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción del agravio. Se dará una respuesta por escrito a todos los agravios por escrito. Nuestra decisión sobre un agravio es definitiva y no está sujeta a una apelación.

Si hemos denegado su solicitud de una decisión de cobertura acelerada o una apelación acelerada o si nos hemos tomado una prórroga de catorce (14) días calendario en el plazo para una decisión de cobertura o apelación, y usted no está de acuerdo con esas acciones, puede presentar un agravio acelerado o rápido. Nuestra respuesta se dará dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la recepción del agravio.

Por favor, consulte su [Constancia de Cobertura](#) para tener una explicación detallada de los procedimientos de agravio y plazos de respuesta. Consulte la Constancia de Cobertura para su plan.

Apelaciones

¿Cómo presento una apelación?

Apelaciones estándar

Puede apelar una decisión de Aviso de Denegación de Cobertura Médica, una decisión de Aviso de Denegación de Pago denegados, o si está disputando el monto de un Copago o Coseguro que se le está facturando, enviando una solicitud escrita y firmada detallando por qué cree que la denegación debe ser revertida. Si no puede presentar una apelación, puede designar a alguien, por escrito, para que presente una apelación por usted. Se debe completar un [formulario de Nombramiento de Representante \(AOR\)](#) y acompañar su apelación por escrito. Su médico también puede presentar una apelación de una decisión de Aviso de Denegación de Cobertura Médica por usted sin ser su representante designado.

La apelación debe ser presentada dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes al aviso de denegación que le enviamos.

Puede presentar su apelación:

Por correo:	Por fax:	En persona:
Experience Health	Número local: (336) 794-8836	Experience Health
A la atención de: Departamento de Apelaciones y Agravios de Medicare	Número de teléfono gratuito: (888) 375-8836	1965 Ivy Creek Boulevard Durham, NC 27707
P.O. Box 17509 Winston-Salem, NC 27116- 7509		O 5660 University Parkway Winston-Salem, NC 27105
		Lun. - Vie., 8 am - 5 pm, hora estándar del este

Investigaremos su(s) inquietud(es) y le responderemos por escrito. Nuestra respuesta a una apelación estándar de un Aviso de Denegación de Cobertura Médica se enviará dentro de los treinta (30) días calendario a partir de la recepción de la apelación por parte del Plan, o dentro de los cuarenta y cuatro (44) días calendario si se tomó una extensión. Nuestra respuesta a la apelación de un Aviso de Denegación de Pago se enviará dentro de los sesenta (60) días calendario a partir

de la recepción de la apelación por parte del Plan.

Apelaciones aceleradas o rápidas

Si usted o su médico consideran que esperar una decisión de apelación estándar sobre un Aviso de Denegación de Cobertura Médica podría afectar gravemente su salud o su capacidad de funcionamiento, usted, su representante autorizado o su médico pueden solicitar una apelación acelerada o rápida. Nota: No se puede acelerar una solicitud de apelación de un Aviso de Denegación de Pago o una disputa de Copago o Coseguro.

Para presentar una apelación acelerada o rápida:

Por teléfono:	Por correo:	Por fax:	En persona:
Los afiliados de Experience Health deben llamar al 1-833-777-7394 Para personas con problemas de audición y habla, llamar al 711 (TTY) Los siete (7) días de la semana, de 8 am a 8 pm, hora estándar del este Si llama fuera del horario comercial, sólo siga las indicaciones para presentar una apelación acelerada o rápida.	Experience Health A la atención de: Departamento de Apelaciones y Agravios de Medicare P.O. Box 17509 Winston-Salem, NC 27116-7509	Número local: (336) 794-8836 Número de teléfono gratuito: (888) 375-8836	Experience Health 1965 Ivy Creek Boulevard Durham, NC 27707 O 5660 University Parkway Winston-Salem, NC 27105 Lun. - Vie., 8 am - 5 pm, hora estándar del este

¿Cuándo recibiré una decisión sobre mi apelación?

Responderemos una apelación acelerada por teléfono y por escrito dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes a la recepción de la solicitud de apelación acelerada o rápida. Si alguien que no sea usted o su médico decide presentar una apelación acelerada o rápida por usted, deberemos recibir un formulario de Nombramiento de Representante (AOR) antes de comenzar la revisión de la apelación.

Podemos ampliar el plazo hasta un máximo de catorce (14) días calendario si usted solicita la prórroga, o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es en su beneficio.

Cómo apelar un Aviso de Mensaje Importante para su alta hospitalaria

Si recibe un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos para los servicios de hospitalización del prestador y desea que sus servicios de hospitalización estén cubiertos por más tiempo, tiene derecho a presentar una apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), en vez de ante Experience Health. Por favor, siga las instrucciones contenidas en el Mensaje Importante sobre los pasos a seguir para presentar una apelación ante el QIO.

Cómo apelar un Aviso de No Cobertura de Medicare

Si recibe anticipadamente un Aviso de No Cobertura de Medicare de servicios de enfermería especializada, atención médica domiciliaria o servicios de rehabilitación ambulatoria integral del

prestador del servicio, tiene derecho a presentar una apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), en lugar de ante Experience Health, con respecto a la inminente terminación de los servicios. Por favor, siga las instrucciones contenidas en el aviso sobre los pasos a seguir para presentar una apelación ante el QIO.

Por favor, consulte su Constancia de Cobertura para tener una explicación detallada de los procedimientos de apelación y agravio y plazos de respuesta. Consulte la Constancia de Cobertura para su plan.

Para obtener un número total de apelaciones y agravios sobre la calidad de atención del Plan Medicare Advantage, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente al 1-833-777-7394 (llamada gratuita) para Experience Health (TTY, 711), los siete (7) días de la semana, de 8 am a 8 pm. Hora estándar del este

También puede presentar una queja a Medicare aquí:

- [Formulario de queja de Medicare](#)

Procedimientos de apelación y agravio para medicamentos con receta

Agravios

Un agravio es un tipo de queja que puede presentar si no está conforme con Experience Health Medicare AdvantageSM(HMO), con una de nuestras farmacias de la red¹o con uno de nuestros proveedores contratados. Este tipo de queja no incluye controversias por cobertura o pagos. Los agravios pueden incluir quejas sobre la puntualidad, la idoneidad, el acceso a, o la determinación de un medicamento con receta cubierto o la calidad de su atención.

Ejemplo de un agravio:

Si está disconforme de que hayamos eliminado un medicamento de nuestro formulario, pero no está pidiendo al Plan que apruebe la cobertura del medicamento para usted, entonces su queja será manejada como un agravio.

Si no está conforme con la calidad de la atención que ha recibido, también puede presentar su agravio ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO). La Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Carolina del Norte es KEPRO.

Puede contactar a KEPRO:

Por teléfono:	Por correo:	Por fax:	Por el sitio web:
1-888-317-0751 o para personas con problemas de audición y habla llamar al 1-855-843-4776 (TTY/TDD)	5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609	1- 844-878-7921	www.keproqio.com

¿Cómo presento un agravio?

El agravio debe ser presentado dentro de los sesenta (60) días siguientes al evento o incidente que le causó la insatisfacción. No se requiere un formulario específico para presentar un agravio. Usted o su representante designado pueden presentar un agravio por teléfono, correo, fax o en persona.

Por teléfono:	Por correo:	Por fax:	En persona:
Los afiliados de Experience Health deben llamar al 1-833-777-7394 Para personas con problemas de audición y habla, llamar al 711 (TTY) Los siete (7) días de la semana, de 8 am a 8 pm, hora estándar del este	Experience Health A la atención de: Departamento de Apelaciones y Agravios de Medicare P.O. Box 17509 Winston-Salem, NC 27116-7509	Número local: (336) 794-8836 Número de teléfono gratuito: (888) 375-8836	Experience Health 1965 Ivy Creek Boulevard Durham, NC 27707 O 5660 University Parkway Winston-Salem, NC 27105 Lun. - Vie., 8 am - 5 pm, hora estándar del este

¿Cuándo recibiré una decisión sobre mi agravio?

La resolución de un agravio se tomará tan pronto como su inquietud lo requiera, pero no más allá de los treinta (30) días calendario siguientes a la recepción del agravio. Podemos ampliar el plazo hasta un máximo de catorce (14) días calendario si usted solicita la prórroga, o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es en su beneficio. Si solicita una respuesta por escrito a un agravio verbal, se le proporcionará una dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción del agravio. Se dará una respuesta por escrito a todos los agravios por escrito. Nuestra decisión sobre un agravio es definitiva y no está sujeta a una apelación.

Tiene derecho a una revisión acelerada de un agravio relativo a nuestra negativa a conceder una determinación de cobertura acelerada o una apelación acelerada. Este tipo de agravio será respondido dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes de recibir el agravio.

Cómo nombrar un representante

Un beneficiario de Medicare puede designar a una persona para que actúe como su representante en la presentación de un agravio. Un representante nombrado por el tribunal o que actúa de acuerdo con la ley de Carolina del Norte también puede presentar un agravio. Un agravio presentado por un representante no es válido hasta que el [formulario de Nombramiento de Representante \(AOR\)](#) sea completado y presentado, o se presente otro formulario equivalente, documentos legales o autorización.

Por favor, consulte su Constancia de Cobertura para tener una explicación detallada de los procedimientos de agravio y plazos de respuesta. Consulte la Constancia de Cobertura para su plan.

También puede presentar una queja a Medicare aquí:

- [Formulario de queja de Medicare](#)

Apelaciones

Una apelación es su oportunidad de solicitar una redeterminación de una determinación de cobertura adversa, que incluye las solicitudes de excepción denegadas.

Ejemplo de una apelación:

Si denegamos su solicitud de excepción para cubrir un medicamento que no está en el formulario, entonces puede presentar una apelación de la denegación. Sólo se puede presentar una apelación después de que se haya solicitado una excepción y ésta haya sido denegada por el Plan.

¿Cómo presento una apelación?

Si recibe una denegación de determinación de cobertura, usted o su representante designado o su médico pueden presentar una apelación. La apelación debe ser presentada dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha del aviso de denegación y debe hacerse por escrito, a menos que se presente una apelación acelerada o rápida. Puede presentar su apelación:

Por correo:	Por fax:	En persona:	Correo electrónico:
Experience Health A la atención de: Apelaciones de Medicare Park D P.O. Box 17509 Winston-Salem, NC 27116-7509	(336) 794-8836 (888) 375-8836	Experience Health 1965 Ivy Creek Boulevard Durham, NC 27707 O 5660 University Parkway Winston-Salem, NC 27105 Lun. - Vie., 8 a.m. - 5 pm, hora estándar del este	Envíe los correos electrónicos de apelación de la Parte D a: PartDAppeals@experiencehealthnc.com Una apelación de la Parte D por correo electrónico debe incluir la siguiente información del afiliado: <ul style="list-style-type: none">• Nombre completo• Número de identificación del afiliado (vea su credencial de afiliado)• Fecha de nacimiento• Número de teléfono• El nombre del medicamento para el cual se está solicitando la apelación• El nombre y el número de teléfono de la persona que recetó el medicamento• La razón por la que cree que el medicamento debería estar cubierto

Nota: No se requiere un formulario específico para presentar una apelación; sin embargo, hay un formulario disponible para su uso en el siguiente enlace. Completar este formulario puede ayudarle con su solicitud de revisión y ayudarnos en el proceso de revisión.

- [Formulario de apelación de la Parte D](#)

¿Cuándo recibiré una decisión sobre mi apelación?

Apelaciones estándar

Realizaremos una revisión estándar de su apelación tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar siete (7) días calendario después de recibir su apelación. Recibirá una respuesta por escrito a su apelación.

Apelaciones aceleradas o rápidas

Revisaremos las solicitudes de apelación acelerada o rápida lo antes posible, pero a más tardar setenta y dos (72) horas después de recibir la solicitud. La decisión sobre una apelación acelerada

se comunicará por teléfono, seguida de un aviso por escrito.

La decisión sobre su apelación la tomará una persona que no haya estado involucrada en su determinación de cobertura original.

Si nuestra decisión es denegar la apelación, el aviso le informará de su derecho a presentar su apelación a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) con instrucciones sobre cómo hacerlo. Si no cumplimos con los plazos para la adjudicación de reclamos o la revisión de la apelación, automáticamente remitiremos la apelación a la IRE para una decisión. Puede haber otros niveles de apelación disponibles para usted. En el aviso le informaremos sus derechos adicionales, o puede consultar su Constancia de Cobertura para obtener más detalles.

Cómo nombrar un representante

Un beneficiario de Medicare puede designar a una persona para que actúe como su representante en la presentación de una apelación. Un representante nombrado por el tribunal o que actúa de acuerdo con la ley de Carolina del Norte también puede presentar una apelación. Una apelación presentada por un representante no es válida hasta que el [formulario de Nombramiento de Representante \(AOR\)](#) sea completado y presentado, se presente otro formulario equivalente, documentos legales o una autorización.

Por favor, consulte su Constancia de Cobertura para tener una explicación detallada de los procedimientos de apelación y plazos de respuesta. Consulte la Constancia de Cobertura para su plan.

También puede presentar una queja a Medicare aquí:

- [Formulario de queja de Medicare](#)

Proceso de transición para medicamentos con receta

Esta política describe los requisitos de transición publicados por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que establecen que todos los patrocinadores de la Parte D deben proporcionar un beneficio de transición apropiado para los afiliados.

Esta política cubre lo siguiente:

- Afiliados elegibles
- Medicamentos aplicables
- Nuevos medicamentos con receta frente a la terapia de medicamentos en curso
- Períodos de tiempo de las transiciones
- Extensiones de transición
- Transición a través de los años de contrato para afiliados actuales
- Suministro de emergencia para afiliados actuales
- Tratamiento de afiliados reinscriptos
- Cambios en el nivel de atención
- Avisos de transición

Esta política describe cómo se aplican los beneficios de transición cuando se surten los medicamentos con receta en:

- Centros de atención de largo plazo (LTC)
- Farmacias minoristas
- Red de Suministro Extendido (ESN) (90 días de venta al por menor)

- Farmacias de venta por correo

Afiliados elegibles

Si actualmente está tomando medicamentos que no están incluidos en el nuevo formulario1 (lista de medicamentos) de su plan de un año a otro, es posible que sea elegible para un suministro de transición si usted:

- Es nuevo en el plan de medicamentos con receta a principios de 2020
- Es recientemente elegible para la Parte D de Medicare en 2020
- Está cambiando de un plan de la Parte D de Medicare a otro después del 1 de enero de 2020
- Se ve afectado por los cambios negativos en la lista de medicamentos del plan de 2019 a 2020
- Está viviendo en un centro LTC

Medicamentos aplicables

Los beneficios de transición permiten que los afiliados reciban un suministro de medicamentos elegibles de la Parte D cuando los medicamentos:

- No están en la lista de su plan
- Fueron previamente aprobados para la cobertura con motivo de una excepción una vez vencida la excepción
- Están en la lista de medicamentos de su plan, pero su capacidad para obtener el medicamento es limitada
 - Por ejemplo, en el marco de un programa de Gestión de Uso (UM) que requiere:
 - Autorización previa (PA)
 - Terapia escalonada (ST)
 - Límites de cantidad (QL)

Es posible que sea elegible para un suministro de transición de un medicamento para satisfacer sus necesidades inmediatas. Esto tiene por objeto darle tiempo suficiente para que trabaje con su médico para encontrar un medicamento similar en la lista de medicamentos del plan que satisfaga sus necesidades médicas o para completar una determinación de cobertura para continuar con la cobertura de un medicamento que está tomando actualmente en base a la necesidad médica. Una solicitud de determinación de cobertura aprobada puede permitir la continuación de la cobertura de un medicamento que esté tomando actualmente.

Es posible que ciertos medicamentos no sean elegibles para un suministro de transición en la farmacia; estos medicamentos requieren primero una revisión para determinar si pueden ser cubiertos por su plan de la Parte D.

Si usted o su médico desean solicitar una determinación de cobertura, los formularios están disponibles por correo, fax, correo electrónico y en nuestro sitio web; puede acceder a los formularios usted mismo o solicitar que se le envíe un formulario a usted y/o a su médico. El plan revisa las solicitudes de determinación de cobertura y le enviará un aviso una vez que se tome una decisión. Si el plan no aprueba la solicitud, se le proporcionará información adicional sobre sus opciones.

Es posible que califique para recargas de suministros de transición que se dispensen por menos de la cantidad escrita debido a los límites de cantidad, que pueden utilizarse con fines de seguridad.

Nuevos medicamentos con receta frente a la terapia de medicamentos en curso

Los beneficios de transición se aplican en la farmacia a las nuevas recetas cuando no está claro si una receta es para un medicamento que usted está tomando por primera vez o una receta en curso para un medicamento que no está en la lista de medicamentos de su plan.

Períodos de tiempo de las transiciones

En centros ambulatorios (venta al por menor, ESN y venta por correo)

Si es nuevo o se ha reinscrito en el plan, es posible que se le permita un suministro de transición de 30 días de medicamentos elegibles de la Parte D (a menos que la receta se haga por menos días) en cualquier momento durante sus primeros 90 días de cobertura.

En centros LTC

Es posible que se le permita un suministro de transición de 31 días (a menos que la receta se haga por menos días) de medicamentos elegibles de la Parte D durante los primeros 90 días de cobertura. Una vez finalizado el período de transición de 90 días, si se está procesando una solicitud de determinación de cobertura, es posible que pueda obtener un suministro de emergencia para 31 días.

Prórroga de la transición

El período de transición puede prorrogarse caso por caso si la revisión de una solicitud de determinación de cobertura o una apelación no hubiera sido procesada al final de su período mínimo de transición (los primeros 90 días de cobertura). La prórroga se otorga entonces sólo hasta que usted haya cambiado a un medicamento de la lista de medicamentos del plan o se tome una decisión sobre la solicitud de determinación de cobertura o de la apelación.

Transición a través de los años de contrato para afiliados actuales

Si usted no se ha cambiado a un medicamento cubierto antes del nuevo año calendario, se puede proporcionar un suministro de transición si se ha producido lo siguiente:

- Sus medicamentos se eliminan de la lista de medicamentos del plan de 2020 a 2021
- Se incorporan nuevos requisitos de UM a sus medicamentos de 2020 a 2021

Si es un afiliado existente con un historial reciente de uso de un medicamento que no está cubierto por su plan o tiene una capacidad limitada para obtener el medicamento:

- En un establecimiento de venta al por menor puede obtener un suministro de transición de 30 días (a menos que la receta se haga por menos días) en cualquier momento durante los primeros 90 días del año calendario
- En un centro LTC puede obtener un suministro de transición de 31 días en cualquier momento durante los primeros 90 días del año calendario.

Esta política se aplica incluso si se inscribe con una fecha de inicio del 1 de noviembre o 1 de diciembre y necesita un suministro de transición.

Suministro de emergencia para afiliados actuales

Si está en un centro LTC, es posible que se le permita, como parte del proceso de transición, un suministro de emergencia de 31 días, a menos que la receta se haga por menos días, de un medicamento que no esté en la lista de medicamentos, o su capacidad para obtener el medicamento sea limitada. En el caso de que una solicitud de determinación de cobertura siga en trámite después del período de 90 días, es posible que pueda obtener un suministro de emergencia. Su farmacia

LTC puede llamar para ver si su surtido califica como un suministro de emergencia.

Tratamiento de afiliados reinscriptos

Usted puede salir de un plan, inscribirse en otro plan y luego volver a inscribirse en el plan original. Si esto sucede, se lo tratará como un nuevo afiliado por lo cual es elegible para los beneficios de transición. Los beneficios de transición comienzan cuando se reinscribe en su plan original.

Cambios en el nivel de atención

Puede que tenga cambios que lo lleven de un nivel de atención a otro. Durante este cambio de nivel de atención, se pueden recetar medicamentos que no están cubiertos por su plan. Si esto sucede, usted y su médico deben utilizar el proceso de solicitud de determinación de cobertura de su plan.

Para evitar una brecha en la atención cuando le den el alta, puede obtener un suministro completo para pacientes ambulatorios que permita continuar la terapia una vez que el suministro limitado del alta haya terminado. Este suministro para pacientes ambulatorios está disponible antes del alta de una estancia de la Parte A de Medicare.

Cuando se lo admite o se le da de alta de un centro LTC, es posible que no tenga acceso a los medicamentos que se le dieron anteriormente. Sin embargo, puede obtener una recarga al ser admitido o dado de alta.

Avisos de transición

Cuando usted o su farmacia presentan un reclamo para un suministro de transición de un medicamento con receta, se le envía una carta por correo de primera clase de los Estados Unidos en un plazo de tres días hábiles a partir de la fecha de presentación de su reclamo de medicamentos. Se procura notificar a los médicos cuando una receta que hacen para un afiliado da lugar a un suministro de transición. Esta carta se envía para explicar lo siguiente:

- Que el suministro de transición es temporal y no puede ser reabastecido a menos que se apruebe una solicitud de determinación de cobertura
- Que debe trabajar con su médico para encontrar una nueva opción de medicamentos que esté en la lista de medicamentos de su plan
- Que puede solicitar una determinación de cobertura y cómo hacer la solicitud, los plazos de tramitación de las solicitudes y los derechos de apelación si no se aprueba la determinación de cobertura

Consideraciones de costo

Se le cobrará el monto del costo compartido por un suministro de transición de los medicamentos suministrados, de la siguiente manera:

- A los afiliados con subsidio por bajos ingresos (LIS), no se les cobrará un costo compartido por los suministros de transición mayor que los montos máximos de copago establecidos por ley.
- A los no inscriptos en LIS, se les cobrará:
 - El mismo monto de costo compartido por los medicamentos de la Parte D que no figuran en la lista de medicamentos que se le cobraría por los medicamentos aprobados mediante una excepción al formulario; o

- El mismo monto de costo compartido por los medicamentos en la lista de medicamentos con ediciones de UM que correspondería si se cumplen los criterios de UM.

Para preguntas sobre esta política, por favor llame al número de teléfono que aparece en el reverso de su credencial de afiliado.

Determinación de cobertura de medicamentos con receta

Cuando hacemos una determinación de cobertura, estamos tomando una decisión sobre si proporcionar o pagar un medicamento de la Parte D y cuál es su parte del costo del medicamento. (Por favor, vea también la descripción del proceso de excepciones). Debe ponerse en contacto con nosotros si desea solicitar a Experience Health Medicare AdvantageSM(HMO) una determinación de cobertura, incluyendo una excepción. No puede solicitar una apelación si no hemos emitido una determinación de cobertura.

Los siguientes son ejemplos de cuándo puede solicitar a Experience Health una determinación de cobertura:

- Si no está recibiendo un medicamento con receta que usted cree que Experience Health cubre
- Si recibió un medicamento con receta de la Parte D que usted cree que Experience Health cubrió mientras estaba afiliado, pero el plan se negó a pagar el medicamento.
- Si le dicen que la cobertura de un medicamento con receta de la Parte D que ha estado recibiendo se reducirá o interrumpirá y cree que tiene circunstancias atenuantes que deberían excluirlo de la reducción/no cobertura
- Si hay un límite en la cantidad (o dosis) de medicamentos, y usted no está de acuerdo con el requisito o la limitación de la dosis
- Si usted compró un medicamento en una farmacia que no está en la red y quiere solicitar el reembolso del gasto

¿Cómo puedo solicitar una determinación de cobertura?

Para solicitar una decisión estándar, usted o su representante designado puede llamar al Servicio de Atención al Cliente de forma gratuita, los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm al 1-833-777-7394 (TTY, 711)

También puede entregar una solicitud por escrito a Experience Health en:

1965 Ivy Creek Boulevard
Durham, NC 27707

O

5660 University Parkway
Winston-Salem, NC 27105
Lun. - Vie., 8 am - 5 pm Hora estándar del este

Puede enviar su solicitud por fax al 1-888-446-8535.

Para solicitar una decisión rápida, usted, su médico o su representante designado pueden contactarnos usando la información anterior. Después del horario comercial, debe consultar con una farmacia de la red acerca de su necesidad de suministro de un medicamento de emergencia o

temporal hasta que pueda comunicarse con el Plan al siguiente día hábil. Asegúrese de pedir una revisión "rápida", "acelerada" o "de 24 horas". NOTA: No puede pedir una decisión rápida respecto de una solicitud de cobertura de un medicamento ya comprado.

Por correo electrónico

Una solicitud por correo electrónico para la determinación de cobertura o la excepción de la Parte D debe incluir la siguiente información del afiliado:

- Nombre completo
- Número de identificación de miembro (vea su credencial de afiliado)
- Fecha de nacimiento
- Número de teléfono

Y

- El nombre del medicamento para el que se solicita la determinación de cobertura o la excepción de la Parte D
- El nombre y el número de teléfono de la persona que recetó el medicamento

Para solicitar una Determinación de Cobertura de Medicamento con Receta que requiera autorización, como por ejemplo, fuera del formulario, autorización previa, límites de cantidad, excepciones de nivel o terapia escalonada, envíe su correo electrónico a: PartDExceptions@experiencehealthnc.com

Los formularios pueden enviarse a esta dirección de correo electrónico o por correo a la dirección que figura en el formulario.

- [Formulario de determinación de cobertura](#)

Para solicitar el reembolso de un medicamento con receta por compras ya realizadas, por favor envíe su correo electrónico a: PartDClaims@experiencehealthnc.com

Los formularios pueden enviarse a esta dirección de correo electrónico o por correo a la dirección que figura en el formulario.

- [Formulario de reclamo de medicamentos con receta](#)

¿Cuándo tendré una respuesta con una decisión?

Por lo general, debemos tomar nuestra decisión a más tardar 72 horas después de haber recibido su solicitud, pero la tomaremos antes si su estado de salud lo requiere. Si su solicitud implica una solicitud de excepción (incluida una excepción al formulario o una excepción a las reglas de gestión de uso, como los límites de dosis o cantidad), debemos tomar nuestra decisión a más tardar 72 horas después de que hayamos recibido la "declaración de apoyo" de su médico, que explica por qué el medicamento que usted está pidiendo es médicamente necesario.

Si solicita una excepción, debe presentar la declaración de apoyo del médico que emite su receta junto con la solicitud, si es posible. Le daremos una decisión por escrito sobre el medicamento con receta que ha solicitado. Recibirá este aviso cuando tomemos nuestra decisión en el período de tiempo explicado anteriormente. Si no aprobamos su solicitud, debemos explicarle por qué y decirle que tiene derecho a apelar nuestra decisión.

Si consigue una revisión rápida, le informaremos nuestra decisión dentro de las 24 horas siguientes a que usted o su médico pidan una revisión rápida, más pronto si su salud lo requiere. Si su solicitud implica una solicitud de excepción, debemos tomar nuestra decisión a más tardar 24 horas después de recibir la "declaración de apoyo" de su médico. Las solicitudes de reembolso de las recetas que

ya ha comprado se responden en un plazo de 14 días a partir de la recepción de la solicitud.

Las excepciones forman parte del proceso de determinación de cobertura. Usted, su representante autorizado o el médico que emite la receta pueden solicitar una excepción para solicitar la cobertura de un medicamento que:

- No está en el formulario
- Requiere autorización previa
- Tiene limitaciones de cantidad

Ejemplo de una solicitud de excepción: Si el formulario del Plan no incluye un medicamento que usted o el médico que le emite la receta consideran necesario, entonces usted o el médico que le emite la receta puede solicitar una excepción para que usted pueda obtener la cobertura de este medicamento. Si el Plan no concede la excepción solicitada, entonces usted o el médico que le emite la receta pueden presentar una apelación.

¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Usted o el médico que le emite la receta pueden solicitar una excepción a las reglas de cobertura de su plan de medicamentos con receta de Medicare:

Por teléfono:	Por correo:
Los afiliados de Experience Health deben llamar al 1-833-777-7394 (TTY: 711)	A la atención de: Determinación de cobertura de Rx P.O. Box 17509 Winston-Salem, NC 27116-7509
Los siete (7) días de la semana de 8 am a 8 pm Hora estándar del este	
Los médicos deben llamar al: 1-877-397-4584	

No se requiere un formulario específico para que usted solicite una excepción, aunque hay formularios de Experience Health disponibles para que usted y su médico soliciten una excepción o una aprobación previa para un medicamento. La solicitud debe incluir la declaración del médico que le emitió la receta de que ha determinado que el medicamento preferido no sería tan efectivo para usted y/o tendría efectos adversos para usted.

¿Cuándo recibiré una decisión sobre mi solicitud de excepción?

Revisaremos la solicitud de excepción y le enviaremos un aviso tanto a usted como al médico que le emitió la receta informando nuestra decisión tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Se pueden tomar decisiones de excepción más rápidas si este plazo de 72 horas podría afectar gravemente su salud o su capacidad de funcionamiento.

Si la decisión no es a su favor, el aviso se dará por teléfono seguido de un aviso por escrito en un plazo de tres días hábiles. El aviso le dirá cómo ejercer sus derechos de apelación si no está conforme con nuestra decisión.

Determinaciones de la organización de los servicios médicos por la administración de la atención

Administración de la atención de Experience Health Medicare Advantage (HMO)

Cuando tomamos una determinación de la organización, estamos tomando una decisión acerca de si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en su Constancia de Cobertura (EOC).

Aprobación previa del plan

Ciertos servicios necesitan la aprobación previa para el pago por parte del plan. Su constancia de cobertura (EOC) proporciona una explicación de los servicios que requieren aprobación previa.

Aprobación previa significa que revisamos la información antes de que se preste el servicio. La información que se necesita para estas revisiones incluye el nombre del médico que emite la orden, el nombre del prestador del servicio, el tipo de servicio(s) necesario(s) y cualquier información médica respaldatoria.

¿Cómo solicito cobertura para un servicio que requiere aprobación previa?

Usted o su médico pueden ponerse en contacto con el Plan por fax, teléfono, correo o en persona para solicitar la aprobación previa de un servicio. También puede designar a una persona para que actúe como su representante en la presentación de una solicitud de aprobación previa. Un representante que es designado por el tribunal o que actúa de acuerdo con la ley de Carolina del Norte también puede presentar una solicitud de aprobación previa por usted.

Una solicitud presentada por su representante no es válida hasta que el [formulario de Nombramiento de Representante \(AOR\)](#) u otro formulario equivalente, documentos legales o autorización sea presentado al Plan.

Por fax:	Por teléfono:	Por correo:	En persona:
<p>Gestión de Uso: 1-336-794-8836 o 1-888-375-8836</p> <p>Si lo presenta por fax, proporcione lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre • Número de identificación del plan • Fecha de nacimiento 	<p>Experience Health Utilization Management: 1-833-941-0107</p> <p>De lunes a viernes, de 8 am a 6 pm, hora estándar del este Cerrado el día de Acción de Gracias y Navidad</p> <p>Por teléfono para personas con problemas de audición y habla: 1-833-777-7394, TTY es 711 Los siete (7) días de la semana, de 8 am a 8 pm, hora estándar del este</p>	<p>Experience Health A la atención de: Departamento de Apelaciones y Agravios de Medicare P.O. Box 17509 Winston-Salem, NC 27116-7509</p>	<p>Experience Health 1965 Ivy Creek Boulevard Durham, NC 27707</p> <p>O</p> <p>5660 University Parkway Winston-Salem, NC 27105</p> <p>Lun. - Vie., 8 am - 5 pm, hora estándar del este</p>

¿Cuándo recibiré una decisión sobre mi solicitud de aprobación previa del plan?

La revisión de aprobación previa se hará lo más rápidamente posible una vez que se reciba toda la información médica necesaria.

- El plazo para una solicitud estándar es de catorce (14) días calendario, como máximo.
- El plazo para una solicitud acelerada es de setenta y dos (72) horas.
- Podemos ampliar el plazo hasta un máximo de catorce (14) días calendario si usted solicita la prórroga, o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es en su beneficio.

Recibirá una respuesta por escrito cuando se tome una decisión.

Apelaciones

¿Cómo presento una apelación?

Apelaciones estándar

Puede apelar una decisión de Aviso de Denegación de Cobertura Médica, una decisión de Aviso de Denegación de Pago denegados, o si está disputando el monto de un Copago o Coseguro que se le está facturando, enviando una solicitud escrita y firmada detallando por qué cree que la denegación debe ser revertida. Si no puede presentar una apelación, puede designar a alguien, por escrito, para que presente una apelación por usted. Se debe completar un [formulario de Nombramiento de Representante \(AOR\)](#) y acompañar su apelación por escrito. Su médico también puede presentar una apelación de una decisión de Aviso de Denegación de Cobertura Médica por usted sin ser su representante designado.

La apelación debe ser presentada dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes al aviso de denegación que le enviamos.

Puede presentar su apelación:

Por correo:	Por fax:	En persona:
Experience Health A la atención de: Departamento de Apelaciones y Agravios de Medicare P.O. Box 17509 Winston-Salem, NC 27116- 7509	(336) 794-8836 (888) 375-8836	Experience Health 1965 Ivy Creek Boulevard, Durham, NC 27707 o 5660 University Parkway, Winston-Salem, NC 27105 Lun. - Vie., 8 am - 5 pm, hora estándar del este

Investigaremos su(s) inquietud(es) y le responderemos por escrito. Nuestra respuesta a una apelación estándar de un Aviso de Denegación de Cobertura Médica se enviará dentro de los treinta (30) días calendario a partir de la recepción de la apelación por parte del Plan, o dentro de los cuarenta y cuatro (44) días calendario si se tomó una extensión. Nuestra respuesta a la apelación de un Aviso de Denegación de Pago se enviará dentro de los sesenta (60) días calendario a partir de la recepción de la apelación por parte del Plan.

Apelaciones aceleradas o rápidas

Si usted o su médico consideran que esperar una decisión de apelación estándar sobre un Aviso de Denegación de Cobertura Médica podría afectar gravemente su salud o su capacidad de funcionamiento, usted, su representante autorizado o su médico pueden solicitar una apelación acelerada o rápida.

Nota: No se puede acelerar una solicitud de apelación de un Aviso de Denegación de Pago o una disputa de Copago o Coseguro.

Para presentar una apelación acelerada o rápida:

Por teléfono:	Por correo:	Por fax:	En persona:
Los afiliados de Experience Health deben llamar al 1-833-777-7394, para personas con problemas de audición y habla llamar al 711 (TTY)	Experience Health A la atención de: Departamento de Apelaciones y Agravios de Medicare	(336) 794-8836 (888) 375-8836	Experience Health 1965 Ivy Creek Boulevard, Durham, NC 27707 o 5660 University Parkway, Winston-Salem, NC 27105
Los siete (7) días de la semana, de 8 am a 8 pm, hora estándar del este	P.O. Box 17509 Winston-Salem, NC 27116-7509		Lun. - Vie., 8 am - 5 pm, hora estándar del este
Si llama fuera del horario comercial, sólo siga las indicaciones para presentar una apelación acelerada o rápida.			

¿Cuándo recibiré una decisión sobre mi apelación?

Responderemos una apelación acelerada por teléfono y por escrito dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes a la recepción de la solicitud de apelación acelerada o rápida. Si alguien que no sea usted o su médico decide presentar una apelación acelerada o rápida por usted, deberemos recibir un [formulario de Nombramiento de Representante \(AOR\)](#) antes de comenzar la revisión de la apelación.

Podemos ampliar el plazo hasta un máximo de catorce (14) días calendario si usted solicita la prórroga, o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es en su beneficio.

Cómo apelar un Aviso de Mensaje Importante para su alta hospitalaria

Si recibe un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos para los servicios de hospitalización del prestador y desea que sus servicios de hospitalización estén cubiertos por más tiempo, tiene derecho a presentar una apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), en vez de ante Experience Health. Por favor, siga las instrucciones contenidas en el Mensaje Importante sobre los pasos a seguir para presentar una apelación ante el QIO.

Cómo apelar un Aviso de No Cobertura de Medicare

Si recibe anticipadamente un Aviso de No Cobertura de Medicare de servicios de enfermería especializada, atención médica domiciliaria o servicios de rehabilitación ambulatoria integral del prestador del servicio, tiene derecho a presentar una apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), en lugar de ante Experience Health, con respecto a la inminente

terminación de los servicios. Por favor, siga las instrucciones contenidas en el aviso sobre los pasos a seguir para presentar una apelación ante el QIO.

Por favor, consulte su Constancia de Cobertura para tener una explicación detallada de los procedimientos de apelación y agravio y plazos de respuesta. Consulte la Constancia de Cobertura para su plan.

Para obtener un número total de apelaciones y agravios sobre la calidad de atención del Plan Medicare Advantage, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente al 1-833-777-7394 (llamada gratuita) para Experience Health (TTY, 711), los siete (7) días de la semana, de 8 am a 8 pm. Hora estándar del este.

Garantía de calidad

¿Cómo se define la garantía de calidad?

La garantía de calidad incluye los procesos y sistemas establecidos para evaluar las recetas en materia de salud y seguridad. Ayudan a promover el uso apropiado de los medicamentos mejorando el cumplimiento y reduciendo errores de medicación e interacciones de medicamentos adversas.

Programas de garantía de calidad

A continuación se resumen los procesos de garantía de calidad de Experience Health Medicare Advantage (HMO):

Revisión Concurrente de Uso de Medicamentos (DUR): Esto ocurre mientras se procesa un reclamo en la farmacia. Las recetas se analizan para detectar los siguientes problemas de seguridad y se envía inmediatamente un mensaje al farmacéutico, alertándolo del posible problema.

Interacciones de medicamentos: Casos en que el medicamento recetado puede resultar en un tratamiento potencialmente ineficaz o peligroso cuando se utiliza en combinación con otro medicamento

- **Medicamento-Alergia:** Identifica cuándo el medicamento recetado puede potencialmente causar problemas en base a las alergias reportadas por el paciente.
- **Medicamento-Enfermedad:** Casos en los que el medicamento recetado puede potencialmente empeorar la(s) condición(es) médica(s) reportada(s) por el paciente.
- **Contraindicaciones sobre Medicamento-Sexo:** Identifica los medicamentos recetados que se surten de forma inapropiada en base al sexo del paciente
- **Medicamento-Edad:** Identifica los medicamentos cuyo uso está contraindicado para adultos mayores.
- **Dosis diarias excesivas y duración de la terapia:** Identifica cuándo una solicitud de receta se surte por más de la dosis diaria máxima o duración recomendada.
- **Recargas demasiado pronto o demasiado tarde:** Identifica a los pacientes que podrían no estar tomando su medicación según lo recetado por sus médicos.
- **Duplicación de la terapia:** Identifica cuando la prescripción que se está surtiendo es de la misma clase terapéutica que otros medicamentos en el perfil de los afiliados.
- **Potencial confusión de nombres de medicamentos:** Identifica las recetas que suenan igual, o que cuando se escriben, se parecen.

Análisis retrospectivo del uso de medicamentos (DUR): Esto ocurre después de que se haya dispensado la receta. Es un programa que evalúa el historial de medicamentos de un

afiliado para identificar problemas de prescripción. Se envían alertas por correo a los médicos, abordando las prácticas de prescripción y los usos que son inseguros, ineficaces o de otro modo incompatibles con las normas de atención basadas en pruebas. El DUR retrospectivo complementa el programa de DUR Concurrente identificando a los médicos que por alguna razón pueden ser resistentes a los mensajes generados por el monitoreo concurrente.

Las alertas de salud y seguridad del DUR Retrospectivo se componen de cuatro categorías clave:

- **Posibles interacciones entre medicamentos:** Casos en que los medicamentos recetados pueden dar lugar a un tratamiento potencialmente ineficaz o inseguro cuando se utilizan en combinación con otro medicamento.
- **Consideraciones de dosis con analgésicos:** Examina el uso de ciertas dosis altas de analgésicos
- **Consideraciones sobre Medicamento-Edad:** Considera los efectos adversos de ciertos medicamentos en la población de adultos mayores.
- **Duplicación de terapia:** Identifica el uso de dos o más medicamentos de la misma clase terapéutica que pueden poner al paciente en riesgo de efectos secundarios adicionales no deseados o de eventos médicos adversos.

Recordatorios de recarga a pacientes: Como parte del proceso de expendio, se genera por computadora un aviso de recarga que se incluye con cada receta de pedido por correo dispensada. El programa de recordatorio de recarga por correo electrónico está diseñado para recordar a los afiliados al plan que deben recargar y continuar tomando los medicamentos importantes, específicamente aquellos medicamentos para condiciones crónicas para las cuales no siempre puede haber signos y síntomas de enfermedad.

Aviso de posible terminación del contrato

Experience Health tiene un contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para proporcionar un plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage (MAPD). Experience Health también es un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. CMS es la agencia gubernamental que dirige Medicare. Este contrato se renueva todos los años calendario. Cada año se revisa el contrato, y ya sea Experience Health o CMS pueden decidir terminarlo. Los afiliados recibirán un aviso por escrito con 90 días de antelación, si el contrato no se renueva en esta situación. También es posible que nuestro contrato termine en otro momento. Si el contrato va a terminar, generalmente se lo informaremos a los afiliados con 90 días de antelación. El aviso anticipado puede ser de tan sólo 30 días o incluso menos si CMS termina nuestro contrato a mediados de año. En este aviso, proporcionaremos una descripción escrita de las alternativas disponibles para obtener una cobertura calificada de medicamentos con receta en Carolina del Norte. También estamos obligados a notificar al público en general de la terminación del contrato a través de los periódicos locales.

Si Experience Health decide dejar de ofrecer Experience Health Medicare AdvantageSM(HMO), o cambiar el área de servicio para que ya no incluya el área donde vive, la afiliación en Experience Health afectada por ese cambio terminará para todas las personas del plan afectado dentro de esa área de servicio, y los afiliados tendrán que cambiarse a un plan diferente de Medicare Advantage o de medicamentos de Medicare, regresar a Original Medicare o seleccionar un plan Suplementario de Medicare, si es necesario. Experience Health proporcionará cobertura hasta que el contrato termine.

Cobertura de medicamentos con receta fuera de la red

¿Cómo se define fuera de la red?

Por lo general, el término "fuera de la red" se refiere al uso de prestadores no contratados para prestar servicios a los afiliados de Experience Health. En algunas situaciones, se permite el uso de prestadores fuera de la red. Hay varias situaciones específicas en las que puede haber cobertura fuera de la red¹:

- Está en una situación de emergencia y necesita acceder a un medicamento cubierto de la Parte D;
- Está viajando fuera de la zona de servicio; se le agotan o pierde los medicamentos cubiertos o se enferma y necesita un medicamento cubierto y no puede acceder a una farmacia de la red;
- No puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de su área de servicio, porque, por ejemplo, no hay ninguna farmacia de la red a una distancia razonable en auto que ofrezca un servicio de 24 horas al día/7 días a la semana;
- Usted reside en un centro de atención de largo plazo y la farmacia de atención de largo plazo contratada no participa en la red de farmacias del plan;
- Usted debe presentar una receta para un medicamento cubierto, y ese medicamento en particular no se almacena regularmente en las farmacias minoristas o de venta por correo accesibles de la red (por ejemplo, un medicamento huérfano u otro fármaco especializado que suele ser enviado directamente por los fabricantes o proveedores especiales).
- Usted es evacuado o desplazado de su residencia debido a un desastre o emergencia sanitaria declarada por el estado o el gobierno federal.

¿Qué está excluido de la cobertura fuera de la red?

El uso rutinario de una farmacia fuera de la red (OON) por parte de un afiliado que reside en un lugar en el que existe un acceso adecuado a farmacias (consulte las normas de acceso a farmacias) no está permitido. Se alienta a los afiliados a que utilicen farmacias de la red, a menos que se dé una de las situaciones específicas de OON enumeradas anteriormente.¹

En las situaciones mencionadas anteriormente, ¿tendré cobertura de medicamentos con receta?

Sí, pagaremos hasta la cantidad permitida por el medicamento menos cualquier copago o coseguro aplicable.

¿Qué debo hacer si necesito obtener un medicamento con receta en una farmacia minorista fuera de la red?¹

Para una de las situaciones fuera de la red descritas anteriormente, tendrá que hacer lo siguiente:

- Pagar los cargos completos en la farmacia fuera de la red.
- Presentar el reclamo a través de un formulario de solicitud de reembolso en papel.

¿Qué se me reembolsará?

Hay dos escenarios de reembolso para el beneficio fuera de la red. Estos son:

- Si vive en un condado que no tiene acceso adecuado a una farmacia participante - en esta situación, después de presentar su reclamación impresa, se le reembolsará hasta la cantidad permitida por el plan menos su costo compartido.¹
- Si vive en un condado con acceso adecuado a una farmacia participante - si utiliza una farmacia fuera de la red (o no participante) en condados con acceso adecuado, se le reembolsará hasta la cantidad permitida por el plan menos su costo compartido. Debe

cumplir con una de las cinco circunstancias admisibles descriptas arriba. El uso rutinario de una farmacia fuera de la red requerirá que usted pague 100% de los cargos.¹

Tenga en cuenta que en situaciones de emergencia, se le reembolsará la totalidad del importe menos el monto de su costo compartido.

¿Cuáles son las normas de acceso a farmacias?

Medicare clasifica las normas de acceso a farmacias en tres categorías: urbanas, suburbanas y rurales. Estas normas de acceso varían según el lugar, como se indica a continuación.

- Urbanas - En promedio, el 90% de los afiliados que viven en un área urbana tiene acceso a una farmacia de la red minorista dentro de las 2 millas de su residencia;
- Suburbanas - En promedio, el 90% de los afiliados que viven en un área suburbana tiene acceso a una farmacia de la red minorista dentro de las 5 millas de su residencia; y
- Rurales - Al menos el 70% de los afiliados, en promedio, tiene acceso a una farmacia de la red minorista dentro de las 15 millas de su residencia.

¿Cómo sé si hay una farmacia que cumple con las normas de acceso para el lugar donde vivo?

Puede llamar al número de Servicio de Atención al Cliente que figura en el reverso de su credencial y preguntarle al representante, o buscar en nuestro directorio de farmacias en línea.¹

¿Qué medicamentos y vacunas se dispensan y administran generalmente en el consultorio médico?

Ciertos medicamentos y vacunas que no están cubiertos por la Parte B de Medicare pueden estar cubiertos por Experience Health Medicare Advantage (HMO). En muchos casos, estos medicamentos y vacunas requerirán aprobación previa para ser solicitados y aprobados antes de que se pueda proporcionar la cobertura bajo el beneficio de Experience Health Medicare Advantage (HMO).

Recetas por correo

El programa de recetas por correo de Experience Health se brinda a través de [AllianceRx Walgreens Prime](#) que le ofrece la comodidad de recibir un suministro de medicamentos de hasta 90 días con envío estándar gratuito. Por lo general, debería esperar recibir sus medicamentos con receta en un plazo de cinco a ocho días a partir del momento en que la farmacia de pedidos por correo recibe el pedido. Si no recibe su(s) medicamento(s) con receta dentro de este plazo, por favor comuníquese con nosotros al número que aparece a continuación.

Si su credencial tiene Prime Therapeutics en el reverso, usted es elegible para este beneficio.

Lo que obtiene

Con Alliance Rx Walgreens Prime, usted tiene la ventaja de recibir sus medicamentos con receta de largo plazo directamente en su puerta, además de muchas otras características.

- Envío estándar gratuito
- Posibilidad de pedir recetas en línea, por teléfono o por correo
- Posibilidad de comprobar el estado de su pedido en línea
- Ver su historial de recetas
- Agentes de servicio para afiliados disponibles 24/7

Debe seguir obteniendo sus recetas a corto plazo, como los antibióticos, en su farmacia local, donde puede pagar menos si sólo necesita un suministro para un mes.

Cómo empezar

Regístrese en AllianceRx Walgreens Prime Mail

Para recibir sus medicamentos de [AllianceRx Walgreens Prime Mail](#), primero debe registrarse. Registrarse en AllianceRx Walgreens Prime Mail es rápido y fácil. Hay tres opciones convenientes.

- **En línea** -Regístrese en línea ingresando en AllianceRx Walgreens Prime Mail
- **Por teléfono** - Llame a AllianceRx Walgreens Prime Mail al 1-877-277-5457 (usuarios de TTY al 711) y un agente de servicio al afiliado lo ayudará a comenzar.
- **Por correo** - Complete el formulario de pedido de recargao nueva recetay envíelo por correo a

AllianceRx Walgreens Prime Mail
PO Box 29061
Phoenix, AZ 85038-9061

Envíe su receta

Una vez que esté registrado, AllianceRx Walgreens Prime Mail necesitará su receta. Puede enviar su receta por correo a AllianceRx Walgreens Prime Mail, o pedirle a su médico que la envíe por teléfono, fax o electrónicamente.

- **Por correo** -Si tiene una receta escrita de su médico, puede enviarla por correo con un formulario de pedido de recargao nueva recetay su copago de correo aplicable a:

AllianceRx Walgreens Prime Mail
PO Box 29061
Phoenix, AZ 85038-9061

Presentación de un reclamo (presentado por un afiliado)

¿Cómo presento un reclamo médico?

Los prestadores de la red de Experience Health presentarán reclamos por los servicios prestados. Los afiliados no deberían tener que presentar un reclamo por los servicios prestados por prestadores de la red. Si un prestador que pertenece a la red de Experience Health le pide que presente un reclamo, llame al servicio de atención al cliente al 1-833-777-7394 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del este, para obtener ayuda.

Si visita a un prestador que no está en la red de Experience Health, es posible que tenga que pagar por el servicio y presentar un reclamo directamente a Experience Health para el reembolso. No requerimos que los prestadores fuera de la red presenten reclamos.

Para presentar un reclamo:

- Complete el [Formulario de reclamo presentado por el afiliado](#)
- Adjunte la documentación (una copia de su factura) y el comprobante de pago
- Escriba su identificación de afiliado en toda la documentación
- Envíe por correo a:

Experience Health
Atención: Departamento de Reclamos.
PO Box 17509
Winston-Salem, NC 27116-7509

¹El formulario, la red de farmacias y/o la red de prestadores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Experience Health es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Experience Health depende de la renovación del contrato. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD®, los símbolos de Cross y Shield y las marcas de servicio son marcas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes Blue Cross y Blue Shield independientes. Experience Health es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, que presta servicios en Carolina del Norte.

Esta información está actualizada al 10/01/2020