

Recuerde:

- Dar una copia del formulario completado a su agencia de cuidado de la salud, tutor y al médico
- Conservar una copia en casa en un lugar donde pueda ser fácilmente encontrada de ser necesario
- Revisar el formulario con regularidad para estar seguro de que dice lo que el miembro desea

Usted puede obtener una copia de la Georgia Advance Directive for Health Care Act visitando en línea <https://aging.georgia.gov/documents/georgia-advance-directive-health-care>.

Puede pedir una copia de este formulario y sus instrucciones sin costo escribiendo a la Georgia DHS Division of Aging Services a:

Georgia DHS Division of Aging Services
2 Peachtree St. NW
Suite 33-263
Atlanta, GA 30303

Si tiene preguntas o necesita más información, llame al especialista de información y referido de la División al 404-657-5258. Si usted firmó una directiva anticipada y piensa que un doctor u hospital no ha seguido las instrucciones que contiene, puede presentar un reclamo. Puede llamar al Department of Community Health al 1-800-878-6442.

También puede escribir a:

Regulation Division
Complaints and Investigations Healthcare Facility
Department of Community Health
2 Peachtree St. NW
Atlanta, GA 30303

RECLAMOS QUEJAS Y APELACIONES

Reclamos y quejas

Un reclamo o queja es una expresión de insatisfacción oral o escrita sobre servicios o cuidado que el miembro recibió. Temas posibles para quejas incluyen:

- Calidad de cuidado o servicios proporcionados
- Descortesía de un proveedor o empleado
- Falta de respeto a sus derechos

Todos los niveles de quejas deben ser completados en un plazo de 90 días calendario. Llame a la Georgia Families 360°_{SM} Member Intake Line si tiene preguntas o dudas sobre servicios o proveedores de la red.

Queja de primer nivel

Intentaremos resolver su reclamo por teléfono. Si no podemos solucionar el problema durante la llamada, puede presentar una queja de primer nivel. Un representante de la Georgia Families 360°_{SM} Member Intake Line puede proporcionar:

- Ayuda para redactar y presentar una carta de queja

- Traducción oral de otros idiomas
- Ayuda para personas ciegas o que tienen poca visión
- Línea TDD/TTY para personas sordas o con problemas auditivos 711

El tutor legal del miembro o su representante autorizado pueden presentar una queja. El doctor del miembro no puede presentar una queja por el miembro a menos que el doctor haya sido nombrado como el representante personal del miembro. El miembro o la parte responsable deben enviar aprobación por escrito para que un representante presente una queja en su nombre.

Para presentar una queja, usted o su representante pueden llamarnos, enviarnos un fax o una carta. Puede llamar a la Georgia Families 360°_{SM} Member Intake Line al 1-855-661-2021 (TTY 711) por ayuda para redactar una carta.

Envíe su carta a:

Appeals and Grievances Department
 Amerigroup Community Care
 4170 Ashford Dunwoody Road, Suite 100
 Atlanta, GA 30319
 Fax: 1-877-842-7183

Le enviaremos una carta en un plazo de 10 días laborales para informarle que recibimos su queja. Si necesita una traducción oral, llame a la línea gratuita de la Georgia Families 360°_{SM} Member Intake Line al 1-855-661-2021 (TTY 711).

Analizaremos la queja del miembro al recibirla. Le enviaremos una carta en un plazo de 30 días calendario a partir de cuando nos notificó su queja o antes si su condición médica lo requiere. Esta carta le informará la decisión que tome Amerigroup y los motivos para nuestra decisión. Incluiremos información sobre cómo presentar una Queja de segundo nivel.

Queja de segundo nivel

Si no está satisfecho con la respuesta a su queja de primer nivel, puede pedir una audiencia ante el comité de quejas. Debe escribirnos o llamarnos con esta solicitud en un plazo de 10 días laborales desde la fecha de la carta con la respuesta a la primera queja. Envíe su carta a:

Appeals and Grievances Department
 Amerigroup Community Care
 4170 Ashford Dunwoody Road, Suite 100
 Atlanta, GA 30319
 Línea gratuita: 1-855-661-2021 (TTY 711)

El Comité de Quejas está compuesto por personal y proveedores de cuidado de la salud de Amerigroup quienes no participaron en la primera decisión. Una persona que estuvo involucrada en la primera decisión puede presentar información al comité o responder preguntas. Amerigroup le enviará una carta al miembro en un plazo de 10 días laborales para informarle que recibimos la queja. Si el

miembro necesita una traducción oral, llame a la línea gratuita de la Georgia Families 360SM Member Intake Line al 1-855-661-2021 (TTY 711).

Trataremos de encontrar un día y hora para la reunión, de modo que el miembro pueda estar presente. Le informaremos al miembro la fecha, hora y lugar de la reunión por lo menos siete días calendario con anticipación. El miembro puede asistir con alguien a la reunión si lo desea. El miembro no tiene que asistir a la reunión.

Le enviaremos al miembro una carta en un plazo de 30 días calendario — o antes si la condición médica del miembro lo requiere — desde la solicitud de reunión para informarle al miembro lo que decida el comité sobre su queja y los motivos para la decisión. El tiempo total para que Amerigroup complete el proceso de queja total con notificación por escrito será completado en un plazo de 90 días calendario desde la fecha de la presentación. Esta es nuestra decisión final.

Si el miembro o un representante autorizado presenta o hace un reclamo o queja, no tomaremos represalias contra el miembro. Aún estaremos para ayudar al miembro a recibir cuidado de la salud de calidad.

Proceso de apelación

Una apelación es una solicitud que hace el miembro cuando no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre su cuidado. En ocasiones, es posible que digamos que no pagaremos por el cuidado que ha sido recomendado por el doctor del miembro. El miembro o el padre, tutor legal o representante autorizado del miembro pueden pedir una apelación si:

- Denegamos o limitamos un servicio que el miembro o el doctor del miembro nos pidió aprobar
- Reducimos, suspendemos o detenemos servicios que el miembro ha estado recibiendo y que ya aprobamos
- No pagamos por los servicios de cuidado de la salud que el miembro recibe
- No brindamos servicios en el periodo de tiempo requerido
- No le damos al miembro una decisión sobre una apelación que él o ella ya presentó en el periodo de tiempo requerido
- No le dejamos ejercer su derecho a recibir servicios de proveedores que no trabajan con nuestro plan de salud. Esto es cuando usted vive en un área con un solo plan de salud
- Denegamos su solicitud para disputar un cargo financiero. Esto incluye su porcentaje de los costos, copagos, pagos mensuales, deducibles y otros cargos financieros de miembro

El miembro recibirá una carta de nosotros cuando suceda alguna de estas acciones. Esta carta se denomina determinación de beneficios adversa. La determinación de beneficios adversa le informará al miembro cómo y por qué tomamos nuestra decisión. El miembro puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

El miembro debe presentar una apelación en un plazo de 30 días calendario desde la fecha de su carta de determinación de beneficios adversa. Hay tres formas de presentar una apelación:

1. El miembro puede llamar a la Member Intake Line al 1-855-661-2021 (TTY 711). Le enviaremos al miembro un Formulario de apelación. Complete todo el formulario y envíenoslo por correo a la dirección a continuación. El miembro debe dar seguimiento con una solicitud firmada por escrito. Dígale al doctor del miembro que nos envíe su información médica sobre este servicio.
2. El miembro puede enviar por fax una carta a Administración de la calidad al 1-877-842-7183.
3. El miembro puede enviarnos una carta a la dirección a continuación. El miembro puede llamar a la Member Intake Line al 1-855-661-2021 (TTY 711) para que le den ayuda con la escritura de la carta. Incluya información tal como el cuidado que el miembro está buscando y las personas involucradas. Dígale al doctor del miembro que nos envíe su información médica sobre este servicio. La dirección es:

Appeals

Amerigroup Community Care

P.O. Box 62429

Virginia Beach, VA 23466-2429

Le enviaremos al miembro una carta en un plazo de 10 días laborales después de recibir la solicitud de apelación del miembro. Esta le informará al miembro que recibimos la apelación.

Si el miembro no nos envía la solicitud de apelación en un plazo de 30 días de la fecha de la carta de determinación de beneficios adversa, la solicitud del miembro será denegada. Si esto sucede, le enviaremos una carta al miembro.

Responderemos a la solicitud de apelación del miembro con base en el tipo de apelación que presenta. Para servicios por condiciones que amenazan la vida o urgentes también conocidos como apelaciones aceleradas, responderemos en un plazo de 72 horas de la solicitud de apelación. Para servicios que no son de emergencia también conocidos como apelaciones estándares, responderemos en un plazo de 45 días calendario de la solicitud de apelación.

Un doctor que no haya visto el caso del miembro antes examinará la solicitud de apelación del miembro.

Este doctor:

- Tomará la decisión sobre la apelación del miembro
- Reportará a un doctor que no haya examinado el caso del miembro en el pasado

En cualquier momento durante el proceso de apelación, el miembro o el representante del miembro pueden:

- Tener derecho a acceder a copias de todos los documentos relacionados con la apelación del miembro
- Tener derecho a copias de todos los documentos relacionados con la apelación del miembro gratuitamente
- Proporcionar información o datos adicionales a Amerigroup en persona o por escrito
- Obtener una copia, gratuitamente, de todas las guías, lineamientos, criterios o protocolos de beneficios que utilizamos para decidir la apelación del miembro

Si el miembro necesita darnos más información, el miembro puede pedirnos hasta 14 días calendario más. De ser necesario, también podemos pedir 14 días calendario más para tomar una decisión sobre una apelación estándar. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos al miembro una carta diciéndole el por qué. Lo haremos si sentimos que se necesita más información y es para beneficio del miembro.

Si el miembro necesita una traducción oral, llame a la línea gratuita de Member Intake Line al 1-855-661-2021 (TTY 711). Uno de nuestros representantes puede:

- Ayudar a redactar una solicitud de apelación
- Ayudar a presentar una apelación
- Programar la traducción verbal a otros idiomas
- Coordinar la ayuda para personas ciegas o que tienen poca visión

Una línea gratuita de TTY para personas sordas o que tienen dificultades auditivas está disponible llamando al 711.

Apelaciones aceleradas

Una apelación acelerada es una apelación que le da al miembro una decisión rápida. Puede haber ocasiones cuando el miembro o el proveedor del miembro querrán que tomemos una decisión más rápida de la apelación. Esto podría ser porque el miembro o el doctor del miembro estiman que tomar el tiempo para el proceso de apelación estándar podría perjudicar gravemente la vida o la salud del miembro.

Responderemos a la solicitud de apelación acelerada del miembro en un plazo de 72 horas después de recibir la solicitud del miembro. Si la condición de salud del miembro lo exige, será más antes. El miembro, el representante autorizado del miembro o el doctor del miembro pueden pedir una apelación acelerada en dos formas:

1. El miembro puede llamar a la línea gratuita de la Member Intake Line al 1-855-661-2021 (TTY 711) (no se necesita una solicitud por escrito)
2. El miembro puede enviar por fax una carta a Administración de la calidad al 1-877-842-7183

El miembro tiene derecho a presentar comentarios escritos, documentos u otra información, tal como registros médicos o cartas de proveedores que podrían ayudar a la apelación del miembro. El miembro debe hacerlo en un plazo de 72 horas de la solicitud para una apelación acelerada.

Si el miembro pide una apelación acelerada y no estamos de acuerdo con que la solicitud del miembro para una apelación deba ser acelerada, llamaremos al miembro inmediatamente. Le enviaremos al miembro una carta en un plazo de dos días calendario para informarle al miembro cómo se tomó la decisión. También le informaremos al miembro que la solicitud de apelación será revisada a través del proceso de revisión estándar. Vea la sección **Apelaciones** para obtener ayuda. El miembro puede presentar una queja si no está de acuerdo con esta decisión llamando a la Member Intake Line al 1-855-661-2021 (TTY 711).

AUDIENCIA DE DERECHO ADMINISTRATIVO

Miembros elegibles de Medicaid

Si el miembro no está de acuerdo con nuestra decisión de apelación, el miembro puede pedir una audiencia con un juez de derecho administrativo. El miembro puede pedir una audiencia solo después de que el miembro haya recibido la carta de resolución de la apelación. El miembro debe pedir una audiencia en un plazo de 30 días desde la fecha de la carta de resolución de la apelación. El proveedor del miembro no puede pedir una audiencia por el miembro a menos que el miembro lo designe como su representante personal.

Para pedir una audiencia, envíe una carta a:

Amerigroup Community Care
Quality Management Department
Administrative Law Hearings
4170 Ashford Dunwoody Road, Suite 100
Atlanta, GA 30319

En cualquier momento durante el proceso de Audiencia de derecho administrativo, el miembro o el representante del miembro pueden:

- Obtener y examinar una copia de los documentos que serán usados para la revisión
- Proporcionar información o datos adicionales a Amerigroup en persona o por escrito

El miembro puede pedir una continuación de beneficios durante el proceso de la Audiencia de derecho administrativo. Vea la sección de **Continuación de beneficios** para obtener ayuda.

La decisión a la que se llegue en una audiencia de derecho administrativo será final.

El miembro puede solicitar una audiencia de derecho administrativo enviando una carta a:

Amerigroup Community Care
Quality Management Department
Administrative Law Hearings
4170 Ashford Dunwoody Road, Suite 100
Atlanta, GA 30319

El miembro también puede presentar el reclamo ante el Department of Insurance. La dirección es:

Department of Insurance
2 Martin Luther King, Jr. Drive
West Tower, Suite 704
Atlanta, GA 30334

La información de teléfono y fax del Department of Insurance es:

Teléfono local: 404-656-2070
Línea gratuita: 1-800-656-2298
Fax: 404-657-8542

La Office of State Administrative Hearings le informará al miembro la hora, lugar y fecha de la audiencia. Un juez de derecho administrativo celebrará la audiencia. El miembro puede hablar por sí mismo o permitir que un amigo o miembro de la familia hable por él o ella. El miembro puede recibir ayuda de un abogado. Además, el miembro tal vez pueda obtener ayuda legal gratuita. Si el miembro desea un abogado, llame a uno de estos números telefónicos:

- Georgia Legal Services: 404-206-5175
- Georgia Advocacy Office: 1-800-537-2329
- Atlanta Legal Aid:
 - 404-377-0701 (Condados DeKalb-Gwinnett)
 - 770-528-2565 (Condado Cobb)
 - 404-524-5811 (Condado Fulton)
 - 404-669-0233 (Condados South Fulton-Clayton)
 - 678-376-4545 (Condado Gwinnett)
 - State Ombudsman Office: 1-888-454-5826

También puede pedir servicios gratuitos de mediación después de haber presentado una solicitud de audiencia. Llame al 404-657-2800.

Acataremos la decisión de la audiencia de derecho administrativo.

CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS

Puede pedirle a Amerigroup que continúe cubriendo los beneficios del miembro durante la apelación y el proceso de audiencia de derecho administrativo. En caso de que le nieguen o reduzcan la cobertura de un servicio que está recibiendo y desea continuar ese servicio durante la apelación o la revisión del comité de audiencia de derecho administrativo, puede llamar a la Georgia Families 360SM Member Intake Line al 1-855-661-2021 (TTY 711) para solicitarlo.

Debe llamar para pedirnos que continuemos los beneficios del miembro en un plazo de 10 días calendario de cuando le enviamos por correo la notificación que decía que no cubriríamos o pagaríamos por un servicio.

Debemos continuar la cobertura de los beneficios hasta:

- Que usted retire la solicitud para apelación o audiencia de derecho administrativo
- Que hayan transcurrido diez días calendario desde la fecha de la carta de decisión de la apelación y usted no ha hecho una solicitud para continuar los beneficios hasta que se llegue a una decisión de la audiencia de derecho administrativo
- Que se llegue a una decisión de la audiencia de derecho administrativo y no sea a favor del miembro
- Que expire la autorización o llegue a los límites de servicio del miembro

Es posible que el miembro deba pagar el costo de cualquier beneficio continuado, si la decisión final no es a su favor. Si se toma una decisión a favor del miembro como resultado de su apelación o apelación, Amerigroup autorizará y pagará los servicios que antes dijimos que no cubriríamos.