

- Llame a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 (TTY 711) para que le den el formulario

Lleve o envíe por correo el formulario completado a su PCP o especialista quien sabrá entonces la clase de cuidado que usted desea tener. Puede cambiar de opinión en cualquier momento. De ser así, llame a su PCP para retirar el formulario de su registro médico. Llene y firme un nuevo formulario si desea hacer cambios.

Recuerde:

- Dar una copia del formulario completado a su agencia de cuidado de la salud, su familia y su 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 usted desea

Usted puede obtener una copia de la Georgia Advance Directive for Health Care Act visitando en línea <http://aging.dhs.georgia.gov>.

Puede pedir una copia de este formulario y sus instrucciones sin costo escribiendo a la Georgia 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 el cuidado que 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 Servicios al Miembro si tiene preguntas o dudas sobre servicios o proveedores de la red.

Amerigroup intentará resolver su reclamo por teléfono. Si no podemos solucionar el problema durante la llamada, puede presentar una queja.

Un representante de Servicios al Miembro puede ofrecer:

- Ayuda para redactar y presentar una carta de queja
- Traducciones en otro idioma
- Ayuda para personas ciegas o que tienen poca visión
- Líneas TDD/TTY para personas sordas o con problemas auditivos gratuitamente al 711

Usted, su padre, su tutor legal o su representante autorizado (una persona que usted prefiera que lo ayude) pueden presentar una queja. Su médico no puede presentar una queja por usted.

Para presentar una queja, usted o su representante pueden llamarnos, enviarnos un fax o una carta. Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 (TTY 711) para que le den ayuda con la escritura de la carta. Los miembros de Asistencia para adopción en el programa Georgia Families 360°_{SM} pueden llamar a la Georgia Families 360°_{SM} Member Intake Line al 1-855-661-2021 (TTY 711).

Envíe su carta a:

Appeal and Grievance 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 Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 (TTY 711).

Analizaremos su queja al recibirla. Le enviaremos una carta en un plazo de 90 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.

Proceso de apelación

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

- Denegamos o limitamos un servicio que usted o su doctor nos pidió aprobar
- Reducimos, suspendemos o detenemos servicios que usted ha estado recibiendo y que ya aprobamos
- No pagamos por los servicios de cuidado de la salud que usted recibe
- No brindamos servicios en el periodo de tiempo requerido
- No le damos a usted una decisión sobre una apelación que 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

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 cómo y por qué tomamos nuestra decisión. Puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Debe presentar una apelación en un plazo de 60 días calendario desde la fecha de su carta de determinación de beneficios adversa. Hay tres formas para pedir una revisión administrativa:

1. Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 (TTY 711). Le enviaremos un formulario de apelación. Complete todo el formulario y envíenoslo por correo a la dirección a continuación. Debe dar seguimiento con una solicitud firmada por escrito. Dígale a su doctor que nos envíe su información médica sobre este servicio.
2. Puede enviar por fax una carta a Administración de la calidad al 1-877-842-7183
3. Puede enviarnos una carta a la dirección a continuación. Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 (TTY 711) para que le den ayuda con la escritura de la carta. Incluya información tal como el cuidado que está buscando y las personas involucradas. Dígale a su doctor 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 una carta en un plazo de 10 días laborales después de recibir su solicitud de apelación. Le informaremos que recibimos su apelación.

Si no nos envía su solicitud de apelación en un plazo de 60 días de la fecha de la carta de Determinación de beneficios adversa, su solicitud será denegada. Si esto sucede, le enviaremos una carta.

Responderemos a su solicitud de apelación 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 30 días calendario de la solicitud de apelación.

Un doctor que no haya visto su caso antes examinará su solicitud de apelación. Este doctor:

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

En cualquier momento durante el proceso de revisión administrativa, usted o su representante pueden:

- Tener derecho a acceder a copias de todos los documentos relacionados con su apelación
- Tener derecho a copias de todos los documentos relacionados con su apelación 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 su apelación

Si necesita darnos más información, 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 una carta diciéndole el por qué. Lo haremos si sentimos que se necesita más información y es para su beneficio.

Si necesita una traducción oral, llame a la línea gratuita de Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 (TTY 711). Un representante de Servicios al Miembro puede dar:

- Ayuda para redactar una solicitud de apelación
- Ayuda para presentar una apelación
- Traducción oral de otros idiomas
- 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 una decisión rápida. Puede haber ocasiones cuando usted o su proveedor querrán que tomemos una decisión más rápida de la apelación. Esto podría ser porque usted o su doctor estiman que tomar el tiempo para el proceso de apelación estándar podría perjudicar gravemente su vida o su salud.

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

1. Puede llamar a la línea gratuita de Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 (TTY 711) (no se necesita una solicitud por escrito)
2. Puede enviar por fax una carta a Administración de la calidad al 1-877-842-7183

Tiene derecho a presentar comentarios escritos, documentos u otra información, tal como registros médicos o cartas de proveedores que podrían ayudar a su apelación. Debe hacerlo en un plazo de 72 horas de su solicitud para una apelación acelerada.

Si usted pide una apelación acelerada y no estamos de acuerdo con que su solicitud para una apelación deba ser acelerada, lo llamaremos inmediatamente. Le enviaremos una carta en un plazo de dos días calendario para informarle cómo se tomó la decisión. También le informaremos que su solicitud de apelación será revisada a través del proceso de revisión estándar. Vea la sección **Apelaciones** para obtener ayuda. Puede presentar una queja si no está de acuerdo con esta decisión llamando a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 (TTY 711).

AUDIENCIA IMPARCIAL DEL ESTADO

Miembros elegibles de Medicaid

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de la apelación, puede pedir una audiencia imparcial del estado con un juez de derecho administrativo. Puede pedir una audiencia solo después de que haya recibido la carta de Resolución de apelación. Debe pedir una audiencia en un plazo de 120 días desde la fecha de la carta de resolución de apelación. Su proveedor no puede pedir una audiencia por usted a menos que usted lo designe como su representante personal.

Para pedir una audiencia, envíe una carta a:

Amerigroup Community Care
Quality Management Department
State Fair Hearing
4170 Ashford Dunwoody Road, Suite 100
Atlanta, GA 30319

En cualquier momento durante el proceso de audiencia imparcial del estado, usted o su representante 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

Puede pedir una continuación de beneficios durante el proceso de la audiencia imparcial del estado. Vea la sección de **Continuación de beneficios** para obtener ayuda.

La decisión a la que se llegue en una audiencia imparcial del estado será final.

También puede presentar su reclamo ante el Department of Insurance. Su dirección está listada a continuación.

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 la hora, lugar y fecha de la audiencia. Un juez de derecho administrativo celebrará la audiencia. Puede hablar por usted mismo o dejar que un amigo o familiar hable por usted. Puede recibir ayuda de un abogado. Además, tal vez pueda obtener ayuda legal gratuita. Si desea un abogado, llame a uno de estos números telefónicos:

- 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)
- Programa Georgia Legal Services: 404-206-5175
- Georgia Advocacy Office: 1-800-537-2329
- 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 imparcial del estado.

Comité formal de quejas (miembros de PeachCare for Kids®)

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de la apelación, puede pedir una Revisión formal del comité de quejas del Department of Community Health (DCH). Puede pedir una revisión solo después de que haya recibido la carta de resolución de apelación. Debe pedir una revisión en un plazo de 120 días desde la fecha de la carta de resolución de apelación. Su proveedor no puede pedir una revisión por usted a menos que usted lo designe como su representante personal.

Para pedir una revisión del Comité formal de quejas, envíe una carta a:

Department of Community Health

PeachCare for Kids®

Administrative Review Request

2 Peachtree St., 37th Floor

Atlanta, GA 30303-3159

Puede pedir una continuación de beneficios durante el proceso formal del comité de quejas. Vea la sección de **Continuación de beneficios** para obtener ayuda.

El resultado alcanzado por la revisión del Comité formal de quejas del DCH será definitivo.

Acataremos la decisión del Comité formal de quejas del DCH.

ENLACE DE LA OFFICE OF THE OMBUDSMAN

¿Qué es la Office of the Ombudsman?

La Managed Care Office of the Ombudsman de Amerigroup ayuda a solucionar problemas desde un punto de vista neutral para garantizar que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos necesarios por motivos médicos. El Ombudsman brinda una voz para hablar y actuar a nombre de los miembros de Amerigroup. Ellos se aseguran de que su voz sea escuchada.

El Enlace del Ombudsman revisa y soluciona reclamos hechos por o a nombre de miembros de Amerigroup. Cualquier miembro preocupado también puede llamar para expresar sus preocupaciones y reclamos a través del Ombudsman de Amerigroup.

¿Qué hace la Office of the Ombudsman de Amerigroup?

- Escucha sus preocupaciones
- Sirve como recurso objetivo para solucionar problemas de cuidado de la salud
- Reúne información adicional relacionada con su preocupación

- Ayuda a los miembros con problemas urgentes de inscripción y cancelación de inscripción
- Ofrece información y referidos
- Identifica formas para mejorar la efectividad de los servicios de cuidado de la salud
- Educa a los miembros sobre cómo usar efectivamente el sistema de cuidado de la salud
- Ayuda a hacer un plan para abordar preocupaciones y hace sugerencias

Se puede comunicar con el Amerigroup Ombudsman al:

- Teléfono – 1-855-558-1436
- Correo electrónico – helpOMB@amerigroup.com
- Fax – 1-888-375-5067

CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS

Puede pedirle a Amerigroup que continúe cubriendo sus beneficios durante el proceso de apelación, audiencia imparcial del estado o comité formal de quejas. En caso de que le nieguen o reduzcan la cobertura de un servicio que está recibiendo y desea continuar ese servicio durante su apelación, audiencia imparcial del estado comité formal de quejas, puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 (TTY 711) para solicitarlo.

Debe llamar para pedirnos que continuemos sus beneficios 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 sus beneficios hasta:

- Que retire la solicitud de apelación, audiencia imparcial del estado o comité formal de quejas
- Que hayan pasado diez días calendario desde la fecha de la carta de resolución de la apelación y usted no ha hecho una solicitud para una audiencia imparcial del estado o revisión del comité formal de quejas con continuación de beneficios hasta que se llegue a una decisión de la audiencia de derecho administrativo o decisión del comité formal de quejas
- Que se llegue a una decisión de la apelación, audiencia imparcial del estado o comité formal de quejas y no sea a su favor
- Que expire la autorización o llegue a los límites de su servicio

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

Revisiones de pagos

Si recibe un servicio de un proveedor y no pagamos por ese servicio, podemos enviarle una notificación denominada Explicación de beneficios (EOB). Esta no es una factura.

La EOB le informará:

- La fecha en que recibió el servicio
- El tipo de servicio que era
- El motivo por el que no podemos pagar por el servicio

El proveedor, el lugar de cuidado de la salud o la persona que le proporcionó este servicio recibirán una notificación denominada Explicación de pago. Si recibe una EOB, no tiene que llamar ni hacer nada en ese momento.

Puede llamar si lo desea o si su proveedor está en desacuerdo con la decisión. Puede pedirle a Amerigroup que considere nuevamente el servicio que manifestamos que no pagaríamos. Debe pedírnoslo en un plazo de 30 días calendario después de recibir la EOB. Para hacerlo, usted o su doctor pueden llamar a la línea gratuita de Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 (TTY 711).

Usted o su doctor también pueden enviar por correo su solicitud e información médica del servicio a:

Appeal and Grievance Department
Amerigroup Community Care
4170 Ashford Dunwoody Road, Suite 100
Atlanta, GA 30319

Podemos aceptar su solicitud por teléfono, pero también debe presentarla luego por escrito. Usted tiene derecho a presentar una queja. Vea la sección **Reclamos, quejas y apelaciones** para obtener ayuda.

OTRA INFORMACIÓN

Si se muda

Debe llamar a su asistente social del Department of Family and Children Services tan pronto se mude para informarles su nueva dirección. Una vez llame a COMPASS al 1-877-423-4746, luego debe llamar a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441. Continuará recibiendo servicios de cuidado de la salud a través de nosotros en su área actual hasta que la dirección sea cambiada. Debe llamar a Amerigroup antes de que pueda recibir cualquier servicio en su nueva área, a menos que sea una emergencia.

Si el tamaño de su familia cambia

Debe llamar al Department of Family and Children Services si el tamaño de su familia cambia. Llame a COMPASS al 1-877-423-4746, luego debe llamar a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441.

Renueve sus beneficios de Medicaid o los de PeachCare for Kids® de su hijo a tiempo

Siga recibiendo el cuidado adecuado. ¡No pierda sus beneficios de cuidado de la salud! Podría perder sus beneficios aún si todavía califica si no los renueva.

Usted debe renovar su elegibilidad y/o la de su hijo para Medicaid cada 12 meses o la de su hijo para PeachCare for Kids® cada 12 meses. La oficina del Department of Family and Children Services de su condado o PeachCare for Kids® le enviarán una carta cuando sea tiempo para renovar sus beneficios de Medicaid o PeachCare for Kids®. Es importante que siga las instrucciones de esta carta.

Si necesita ayuda, llame a COMPASS al 1-877-423-4746 o a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 (TTY 711). Si no renueva sus beneficios y/o los de su hijo antes de la fecha indicada en la carta, usted y/o su hijo tal vez pierdan sus beneficios de cuidado de la salud. Si necesita ayuda o para averiguar la fecha en que necesita renovar sus beneficios, llame a la oficina del DFCS de su localidad. Deseamos que siga recibiendo nuestros beneficios de cuidado de la salud si todavía califica. La salud de su familia es muy importante para nosotros.