

CÓMO HACER UN TESTAMENTO EN VIDA

Por ley, usted puede rechazar el cuidado que su proveedor desee proporcionarle.

Un testamento en vida o una directiva anticipada funciona de la siguiente manera. En ocasiones, las personas están muy enfermas o lesionadas. Su proveedor puede comunicarles a ellos o a sus familias sobre la posibilidad de muerte o algo como un coma permanente. Al brindarle algún tipo de cuidado, puede mantenerlo más tiempo con vida, pero es probable que su salud no mejore. Este cuidado puede incluir el uso de máquinas que reemplazan la respiración o la alimentación. Algunas personas no desean recibir ese tipo de cuidado. Pero saben que quizá estén demasiado enfermos como para rechazarlo. Para asegurarse de recibir solo el tipo de cuidado que desean, firman un testamento en vida. Este documento indica qué tipos de cuidados desean rechazar ante la posibilidad de muerte o algo como un coma permanente.

Puede firmar un testamento en vida para usted o para sus hijos. Le indicará a su proveedor qué tipos de cuidados no desea, en caso de que le suceda esto. Si necesita ayuda para realizar un testamento en vida, llame a Servicios al Miembro, al 800-600-4441 (TTY 711). O bien, descargue el formulario de testamento en vida específico de su estado en caringinfo.org. Usted y su proveedor de cuidado primario (PCP) deben trabajar juntos para completar el testamento en vida. Dele el testamento en vida a su PCP. Su PCP se asegurará de que esté incluido en su registro médico. De esta manera, sabrá cómo desea que se lo atienda si está muy enfermo o lesionado y no puede expresar qué cuidados quiere.

Después de firmar un testamento en vida, puede cambiar de parecer. Llame a su PCP de Amerigroup. Este lo ayudará a eliminar el testamento en vida de su registro médico. También puede hacer cambios en el testamento en vida al completar, firmar y fechar uno nuevo.

QUEJAS Y APELACIONES

Si tiene una queja

Si algo no funciona, nuestro equipo quiere saberlo. Nuestro proceso de apelaciones y quejas del miembro nos permite conocer sus opiniones y hacer las cosas bien. Si tiene un problema con su cuidado médico, dental o los servicios de Amerigroup que no implique la denegación de los beneficios médicos, también denominados servicios que no son de administración de utilización o no son de UM, llámenos o escríbanos. También puede solicitarle a su proveedor y/o una persona autorizada que nos llame o escriba en su nombre. Comuníquese con nosotros a la dirección y a los números de teléfono que figuran a continuación:

Amerigroup Community Care
Quality Management Department
101 Wood Ave. S., 8th Floor
Iselin, NJ 08830
Teléfono: 800-600-4441 (TTY 711)
Fax: 877-271-2409

Un representante de Servicios al Miembro trabajará con usted para ayudar a solucionar el problema. Si su problema no se puede resolver de inmediato, le enviaremos una carta o lo llamaremos para obtener más información. Nos ocuparemos de su queja en el plazo de 30 días calendario a partir de que recibamos su llamada o carta.

Si su queja es una emergencia, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas de haberla recibido.

Si presenta una queja, Amerigroup no tomará represalias en su contra. Seguiremos estando aquí para ayudarlo a obtener cuidado de la salud.

Usted, su proveedor o una persona autorizada pueden presentar una queja en forma oral o por escrito ante Amerigroup.

Tiene derecho a presentar una queja en su idioma. Si lo solicita, le informaremos en su idioma sus derechos de presentar quejas; también le comunicaremos la decisión en su idioma. Si necesita ayuda para presentar una queja en su idioma, llame a Servicios al Miembro, al 800-600-4441 (TTY 711).

Cómo presentar una queja

Queja de nivel 1

Para presentar una queja que no esté relacionada con la administración de utilización (UM) o queja no médica, usted, su proveedor o una persona autorizada que tenga su consentimiento escrito pueden llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax. Cuéntenos el problema, cuándo sucedió y quiénes participaron. Comuníquese con nosotros a la dirección y a los números de teléfono que figuran a continuación:

Amerigroup Community Care
Quality Management Department
101 Wood Ave. S, 8th Floor
Iselin, NJ 08830
Teléfono: 800-600-4441 (TTY 711)
Fax: 877-271-2409

Una vez que recibamos su queja, le enviaremos a usted (y a su proveedor o una persona autorizada, si fue quien presentó la solicitud con su consentimiento escrito) una carta en el plazo de 15 días calendario para informarle que tenemos su queja. Le pediremos más información, si fuera necesario. Intentaremos resolver el problema a su satisfacción.

Luego, les enviaremos a usted y a su proveedor o una persona autorizada, si fue quien presentó la solicitud, una carta para informarles nuestra decisión en el plazo de 30 días calendario a partir del momento en que se haya comunicado con nosotros por su queja. Puede presentar otra queja ante nosotros por este problema si aún no está satisfecho.

Queja de nivel 2

Si aún no está satisfecho con la respuesta que recibió por la queja de nivel 1 no relacionada con UM, usted, su proveedor o una persona autorizada con su consentimiento escrito tienen 60 días a partir de la fecha de nuestra respuesta para presentar una queja de nivel 2. Para presentar una queja de nivel 2, usted, su proveedor o una persona autorizada pueden llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax. Cuéntenos el problema, cuándo sucedió y quiénes participaron. Contáctenos a la dirección y a los números de teléfono que figuran en la última sección, “Queja de nivel 1”.

Le enviaremos una carta en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su queja de nivel 2. En esta carta, se le comunicará la decisión final.

Administración de la utilización

Algunas veces, necesitamos tomar decisiones sobre cómo cubrir cuidados y servicios. Esto se denomina administración de la utilización (UM). El proceso de UM o de autorización para el cuidado puede incluir analizar solicitudes de cuidado de la salud para determinar si está cubierto. Amerigroup sigue las normas establecidas por el National Committee for Quality Assurance (NCQA). Todas las decisiones sobre UM se basan únicamente en las necesidades médicas de un miembro y los beneficios disponibles. Esto es así porque queremos lograr los mejores resultados de salud posibles para nuestros miembros. Nuestras políticas no alientan la subutilización de servicios a través del proceso de decisión de UM. Los proveedores y los responsables de la toma de decisiones de UM no obtienen ningún tipo de recompensa si los miembros no usan todos los servicios disponibles ni por rechazar el cuidado o los beneficios.

Los miembros pueden llamar para obtener información acerca de una solicitud de servicio de UM específica. Se proporciona asistencia en otros idiomas a los miembros para analizar problemas de UM en su propio idioma, así como servicios TDD/TTY para los miembros que los necesiten. Puede llamarnos al 800-600-4441 (TTY 711). Servicios al Miembro está disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del Este. Nuestro representante le dirá su nombre, cargo y que trabaja para Amerigroup.

Proceso de apelación de administración de utilización:

denegación/limitación/reducción/cancelación de servicios según la necesidad médica

Usted y su proveedor deben recibir una carta de notificación en un plazo de dos días hábiles desde la recepción de cualquier decisión del plan de salud por la cual se deniegue, reduzca o cancele un servicio o beneficio. Si no está de acuerdo con la decisión del plan, usted o su proveedor, con su consentimiento escrito, tienen derecho a cuestionarla solicitando una *apelación*. Consulte el resumen que aparece a continuación para conocer los plazos para la solicitud de una apelación.

Etapas	Plazo para que el miembro/proveedor solicite una apelación	Plazo para que el miembro/proveedor solicite una apelación con continuación de los beneficios para servicios existentes	Plazo para que se tome una determinación sobre la apelación	Tipo de plan de NJ FamilyCare
<p><u>Apelación interna</u> La apelación interna es el primer nivel de apelación y la lleva a cabo el plan de salud. Este nivel de apelación es una revisión interna formal que llevan a cabo ciertos profesionales de cuidado de la salud designados por el plan que tienen conocimientos adecuados para el caso puntual y que no participaron en la toma de la determinación original.</p>	60 días calendario desde la fecha que consta en la notificación/carta de denegación inicial.	<ul style="list-style-type: none"> Hasta el último día de la autorización actual inclusive; o Dentro de un plazo de 10 días calendario desde la fecha de la carta de notificación, <i>lo que ocurra más tarde.</i> 	30 días calendario o menos desde la recepción de la solicitud de apelación por parte del plan de salud.	A/ABP B C D
<p><u>Apelación externa/IURO</u> La apelación externa/IURO es una apelación externa que lleva a cabo una Organización Independiente de Revisión de la Utilización (IURO).</p>	60 días calendario desde la fecha que consta en la carta de notificación de la apelación interna.	<ul style="list-style-type: none"> Hasta el último día de la autorización actual inclusive; o Dentro de un plazo de 10 días calendario desde la fecha de la carta de notificación de la apelación interna, <i>lo que ocurra más tarde.</i> 	45 días calendario o menos desde la decisión de revisar el caso por parte de la IURO.	A/ABP B C D
<p>Audiencia imparcial de Medicaid</p>	120 días calendario desde la fecha que consta en la carta de notificación de la apelación interna, a	<p><u>De las siguientes opciones, la que ocurra más tarde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta el último día de la autorización actual inclusive; <u>o</u> Dentro de un plazo de 10 días calendario desde la fecha de la carta de notificación de la apelación interna; <u>o</u> 	Se deberá tomar una decisión final dentro de los 90 días calendario desde la fecha de solicitud de la audiencia imparcial.	A/ABP <i>solamente</i>

Etapas	Plazo para que el miembro/proveedor solicite una apelación	Plazo para que el miembro/proveedor solicite una apelación con continuación de los beneficios para servicios existentes	Plazo para que se tome una determinación sobre la apelación	Tipo de plan de NJ FamilyCare
	menos que la audiencia imparcial se para una determinación adversa de Lock-in de proveedores (en ese caso, el plazo es de 20 días calendario).	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de un plazo de 10 días calendario desde la fecha de la carta de notificación de la decisión sobre la apelación externa/IURO. 		

Determinación adversa inicial

Si Amerigroup decide denegar su solicitud inicial de un servicio o reducir o cancelar un servicio en curso que usted ha estado recibiendo por algún tiempo, esta decisión también se conoce como *determinación adversa*. Les informaremos a usted y a su proveedor sobre esta decisión tan pronto como podamos y, por lo general, mediante una llamada telefónica. Recibirá una carta escrita sobre nuestra decisión dentro de un plazo de dos días hábiles.

Si no está de acuerdo con la decisión del plan, usted o su proveedor, con su consentimiento escrito, tienen derecho a cuestionarla solicitando una *apelación*. Usted o su proveedor pueden solicitar la apelación en forma oral (por teléfono) o por escrito. Para solicitar una apelación en forma oral, puede llamar al plan al 800-600-4441 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del Este. Recuerde que si solicita su apelación en forma oral, deberá hacer un seguimiento enviando una carta escrita firmada en la que confirma su solicitud de apelación tan pronto como pueda. Las solicitudes escritas de apelación se deberán enviar a la siguiente dirección:

Amerigroup Community Care
 Appeals Department
 P.O Box 62429
 Virginia Beach, VA 23466-2429

Tiene **60 días calendario** desde la fecha que figura en la carta de determinación adversa inicial para solicitar una apelación.

Apelación interna

El primer paso del proceso de apelación es una apelación formal interna ante el plan (llamada apelación interna). Su caso será revisado por un médico u otro profesional de cuidado de la salud designado por Amerigroup que tenga conocimientos adecuados en el área de la medicina correspondiente a su caso. Tendremos cuidado de elegir a alguien que no haya estado involucrado en la toma de la decisión original sobre su cuidado. Nosotros debemos tomar una decisión sobre su apelación dentro de un plazo de 30 días calendario (o antes, si es necesario debido a su afección médica).

Si se deniega su apelación (es decir, si recibe una decisión desfavorable), le enviaremos una carta escrita en la que le explicaremos nuestra decisión. En la carta también se incluirá información sobre su derecho a presentar una apelación externa ante una Organización Independiente de Revisión de Utilización (IURO) y/o su derecho a una audiencia imparcial estatal de Medicaid, además de información sobre cómo solicitar estos tipos de apelación adicionales. También encontrará información adicional sobre esas opciones más adelante, en esta sección del manual.

Apelaciones aceleradas (rápidas)

Puede solicitar una apelación acelerada (rápida) si considera que esperar los plazos estándares (hasta 30 días calendario) para recibir una decisión sobre su apelación podría perjudicar su salud. Además, si su proveedor nos informa que una demora de hasta 30 días calendario para tomar una decisión podría poner gravemente en riesgo su vida, su salud o su capacidad de recuperarse completamente de su afección actual, nosotros tendremos que tomar una decisión sobre su apelación en un plazo de 72 horas.

Teléfono: 800-600-4441 (TTY 711)

Fax: 877-271-2409

Correo electrónico: nj1memappeals@amerigroup.com

Correo postal/en persona: 101 Wood Ave. S., 8th Floor
Iselin, NJ 08830

Apelación externa (IURO)

Si la decisión de su apelación interna no es favorable para usted, usted o su proveedor (en su nombre y con su consentimiento escrito) pueden solicitar una apelación externa (IURO) completando el formulario de **Solicitud de apelación externa**. Se le enviará una copia del formulario de *Solicitud de apelación externa* junto con una carta en la que se le informará el resultado de su apelación interna. Usted o su proveedor deben enviar por correo el formulario completo dentro de los **60 días calendario** a partir de la fecha de la carta de resolución de su apelación interna a la siguiente dirección:

New Jersey Department of Banking and Insurance

Consumer Protection Services

Office of Managed Care

P.O. Box 329

Trenton, NJ 08625-0329

También puede enviar el formulario completo por **fax** al 609-633-0807 o por **correo electrónico** a ihcap@dobi.nj.gov.

Si no se incluye una copia de la *Solicitud de apelación externa* junto con la carta de resolución de la apelación interna, llame a la línea gratuita de Servicios al Miembro al 800-600-4441 (TTY 711) para solicitar una copia.

Las apelaciones externas (IURO) no son realizadas por Amerigroup Community Care. Estas apelaciones son revisadas por una Organización Independiente de Revisión de Utilización (IURO), que es una organización de revisión imparcial de un tercero que no tiene afiliación directa con nuestro plan ni con el estado de New Jersey. La IURO le asignará su caso a un médico independiente, que lo revisará y tomará una decisión. Si la IURO decide aceptar su caso y revisarlo, tomará una decisión dentro de un plazo de 45 días calendario (o antes, si esto es necesario debido a su afección médica).

También puede solicitar una apelación externa (IURO) acelerada, o rápida, al igual que sucede con las apelaciones internas. Para solicitar una apelación acelerada, usted o su proveedor deben enviar por fax una copia completa del formulario de *Solicitud de apelación externa* al Department of Banking and Insurance, al 609-633-0807, y solicitar una apelación acelerada en el formulario que se encuentra en la **Sección V, Resumen de la apelación**. En el caso de una apelación externa (IURO) acelerada, la IURO deberá tomar una decisión sobre su apelación *dentro de un plazo de 48 horas*.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de apelación externa (IURO) o si desea pedir ayuda para completar su solicitud, también puede llamar a la línea gratuita del New Jersey Department of Banking and Insurance, 888-393-1062 (seleccione la opción 3).

Tenga en cuenta lo siguiente: Hay ciertos servicios que la IURO no revisa. Si la carta de resolución de su apelación que recibió no incluye información sobre su opción de solicitar una revisión externa (IURO), probablemente se deba a esta razón. Sin embargo, si tiene preguntas sobre sus opciones, puede llamar a la línea gratuita de Servicios al Miembro al 800-600-4441 (TTY 711).

La apelación externa (IURO) es opcional. No es necesario que solicite una apelación externa (IURO) antes de solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid. Una vez que finalice la apelación interna, usted tiene las siguientes opciones para solicitar una apelación externa (IURO) y/o una audiencia imparcial estatal de Medicaid:

- Puede solicitar una apelación externa (IURO), esperar su decisión y **luego** solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid si la decisión de la IURO no fue favorable.
- Puede solicitar una apelación externa (IURO) **y** una audiencia imparcial estatal de Medicaid **al mismo tiempo** (tenga en cuenta que estas dos solicitudes van dirigidas a agencias gubernamentales diferentes).

- Puede solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid *sin* solicitar una apelación externa (IURO).

Además, tenga en cuenta lo siguiente: Las audiencias imparciales de Medicaid solo se encuentran disponibles para los miembros de los planes A y ABP de NJ FamilyCare.

Audiencia imparcial estatal de Medicaid

Tiene la opción de solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid después de que finalice su apelación interna (y el plan haya tomado una decisión). Las audiencias imparciales estatales de Medicaid son realizadas por el personal de la New Jersey Office of Administrative Law. Usted tiene hasta **120 días calendario** a partir de la fecha que figura en la **carta de resolución de la apelación interna** para solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid. Sin embargo, si su apelación se relaciona con una determinación de Lock-in de farmacia, solo tiene 20 días calendario para solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid. Puede solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid escribiendo a la siguiente dirección:

Fair Hearing Section

Division of Medical Assistance and Health Services

P.O. Box 712

Trenton, NJ 08625-0712

Si presenta una solicitud de audiencia imparcial estatal de Medicaid acelerada (rápida) y cumple con todos los requisitos para una apelación acelerada, se tomará una decisión dentro de un plazo de 72 horas desde el día en que la agencia estatal haya recibido su solicitud de audiencia imparcial de Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: El plazo para solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid siempre es de 120 días a partir de la fecha que figura en la carta de resolución de la *apelación interna*. Esto es así incluso si usted solicita una apelación externa (IURO) en el entretanto. El plazo de 120 días para pedir una audiencia imparcial estatal de Medicaid siempre comienza en la fecha de la resolución de su *apelación interna* y no de su apelación externa (IURO). A menos que su apelación se relacione con una determinación de Lock-in de farmacia, solo tiene 20 días calendario para solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid.

Continuación de los beneficios

Si solicita una apelación porque el plan canceló o redujo un servicio o un tratamiento que usted ya estaba recibiendo, usted puede continuar recibiendo sus servicios/beneficios durante el proceso de apelación. Amerigroup continuará prestándole los servicios de manera automática mientras su apelación esté pendiente, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- La apelación implica la cancelación, suspensión o reducción de un tratamiento previamente autorizado;
- Los servicios fueron solicitados por un proveedor autorizado; y