

Su PCP necesitará que usted firme el formulario de Reconocimiento de información del paciente sobre directivas anticipadas. Su formulario firmado, junto con su directiva anticipada, será mantenido en archivos con sus registros médicos.

### **Derecho a objetar**

Las leyes de Nevada dicen que su PCP y otros proveedores, individual y/o institucionalmente, tienen el derecho a objetar la solicitud que usted hace en su directiva anticipada. Puede encontrar la ley en la Sección Anotada de los Estatutos Revisados de Nevada 449.628.

### **Objeción individual e institucional**

Una objeción individual es cuando su PCP individual u otros proveedores que le dan tratamiento no honrarán su directiva anticipada sobre la base de su consciencia (creencias).

Una objeción institucional es cuando toda una institución, como un hospital o sistema de salud, no honrarán su directiva anticipada por motivos de consciencia (creencias). La variedad de condiciones médicas que puede ser objetada por proveedores individuales e institucionales podría ser distinta de proveedor a proveedor. Asegúrese de preguntar a su PCP y otros proveedores si tienen objeciones a las solicitudes que usted ha incluido en su directiva anticipada.

Si su PCP u otro proveedor objetan la solicitud de cuidado que usted hace en su directiva anticipada, usted tiene derecho a seleccionar otro PCP o proveedor quien honrará su solicitud. Llame a Servicios al Miembro al 1-844-396-2329 (TTY 711), de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Pacífico para recibir ayuda.

Si tiene una queja sobre su directiva anticipada, puede ponerse en contacto con Servicios al Miembro o presentar su queja ante la DHCFP a:

Division of Health Care Financing and Policy  
1100 E. William St., Suite 101  
Carson City, NV 89701  
1-775-684-3676

## **QUEJAS Y APELACIONES MÉDICAS**

Si tiene alguna pregunta o duda sobre sus beneficios de Anthem, llame a Servicios al Miembro al 1-844-396-2329 (TTY 711). También puede escribirnos.

### **Quejas**

Si tiene un problema con nuestros servicios o los proveedores, de la red nos gustaría que nos informe. Llame a Servicios al Miembro e intentaremos resolver su queja por teléfono.

Si no podemos solucionar el problema cuando nos llame, puede presentar una queja. Usted puede:

- Escribirnos una carta e incluir información, tal como:
  - La fecha en que ocurrió el problema.
  - Los nombres de las personas involucradas.
  - Detalles sobre el problema.

- Presentar una queja por teléfono.
- Pedir ayuda a Servicios al Miembro para escribir una carta; incluya información como la fecha en que ocurrió el problema y las personas involucradas.
- Envíe su carta a:

Quality Management Department  
 Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions  
 Desert Canyon, Building 9  
 9133 W. Russell Road  
 Las Vegas, NV 89148

Cuando recibamos su llamada o carta:

1. Le enviaremos una carta en un plazo de cinco días calendario para informarle que recibimos su queja.
2. Analizaremos su queja en forma oportuna.
3. Le enviaremos una carta en un plazo de 90 días calendario a partir de la primera vez en que nos contó sobre su queja; la carta le dirá nuestra decisión.

### **Revisión de queja de segundo nivel**

Usted puede solicitar una revisión de queja de segundo nivel si no le satisface nuestra decisión y su queja es acerca de:

- Su capacidad para recibir cobertura de beneficios.
- Acceso a cuidado.
- Acceso a servicios.
- Pago por servicios.

Pídanos una revisión de queja de segundo nivel por escrito en un plazo de 90 días calendario desde la fecha en la carta de resolución de queja original que le enviamos. Envíe por correo su solicitud de revisión de queja de segundo nivel a la misma dirección a la que envié su solicitud de queja inicial. Le enviaremos una carta en un plazo de cinco días calendario para informarle que recibimos su solicitud. Alguien en un nivel más alto que el revisor que examinó su solicitud de queja inicial revisará su solicitud de segundo nivel. Le enviaremos una carta con nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario.

La revisión de queja de segundo nivel es el nivel final de revisión de quejas.

## **Apelaciones**

### **Apelaciones médicas**

Puede haber ocasiones cuando Anthem diga que denegaremos, terminaremos o reduciremos un servicio que aprobamos. También podemos decir que no pagaremos por todo o parte del cuidado que su proveedor pidió. Si decidimos denegar el cuidado que un proveedor pidió, o finalizar o reducir un servicio del que tiene aprobación actualmente para recibir, le enviaremos una carta llamada Notificación de acción.

Para solicitudes de aprobación estándares, Anthem tiene 14 días para responder y ya sea aprobar o denegar la solicitud de servicio.

Para solicitudes aceleradas (apuradas) de aprobación cuando usted necesita una respuesta rápida, Anthem tiene 72 horas o menos para responder y ya sea aprobar o denegar la solicitud de servicio. En caso de que Anthem esté reduciendo o finalizando un servicio previamente autorizado, debemos enviarle una carta de Notificación de acción por lo menos 10 días antes de la fecha en que planeamos reducir o finalizar el servicio cubierto.

Si Anthem le envía una Notificación de acción, usted puede apelar la decisión. Su proveedor puede apelar nuestra decisión por usted si tiene su permiso por escrito.

Una apelación médica se da cuando usted nos solicita considerar nuevamente el cuidado que manifestamos que no pagaríamos. Debe presentar la apelación médica en un plazo de 90 días calendario desde la fecha de nuestra primera carta de denegación. Una apelación médica puede ser presentada por:

- Usted.
- Una persona que lo esté ayudando.
- Su PCP o el proveedor que lo esté atendiendo en el momento.

Si desea que su PCP o proveedor presente una apelación en su nombre, él o ella deben tener su permiso por escrito, a menos que esté solicitando una apelación acelerada.

Para continuar recibiendo servicios que ya han sido aprobados y que ahora estamos denegando, usted o su proveedor deben completar un Formulario de solicitud para continuar beneficios durante una apelación o audiencia imparcial y devolvérselo con fecha no posterior a:

- 10 días calendario después de que enviemos por correo la notificación de denegación.
- La fecha en que la notificación dice que su servicio terminará.

Puede apelar nuestra decisión de dos maneras:

1. Llámenos

- Llame a Servicios al Miembro y pida apelar.
- Infórmenos si desea que alguien más lo ayude con el proceso de apelación, tal como un familiar, amigo, su PCP o el proveedor que lo está atendiendo en ese momento.

Si nos llama:

- Le enviaremos un formulario de Revisión de solicitud de apelación. **Debe completar y firmar este formulario y devolvérselo en un plazo de 10 días calendario.**
- Le enviaremos una carta en un plazo de cinco días calendario desde cuando recibimos su formulario firmado para informarle que recibimos su solicitud para una apelación.

Si está solicitando una apelación acelerada, no tiene que enviarnos ningún documento por escrito. Vea los detalles en la sección llamada **Apelaciones aceleradas**.

2. Escríbanos

- Envíenos una carta informándonos el cuidado que está buscando y las personas involucradas

- Dígale a su doctor que nos envíe su información médica sobre este servicio a:

Medical Appeals  
Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions  
P.O. Box 62429  
Virginia Beach, VA 23466-2429  
Fax: 1-888-235-9334

Usted o la persona que presenta la apelación en su nombre pueden presentar información sobre su apelación ya sea por escrito o en persona.

Cuando recibamos su carta, le enviaremos una carta en un plazo de cinco días calendario. Esta carta le informará que recibimos su solicitud de apelación.

Después de recibir su apelación:

- Un proveedor distinto al que tomó la primera decisión examinará su apelación.
- Le enviaremos a usted y a su proveedor una carta diciéndole nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario desde cuando recibimos su apelación.

Le diremos a usted y a su proveedor cómo averiguar más acerca de la decisión. Le diremos sus derechos a solicitar una audiencia imparcial del estado si no le satisface nuestra decisión. También puede solicitar una copia (gratuita) de los documentos usados para tomar la decisión de la apelación, incluyendo sus registros médicos y lineamientos.

Si necesitamos más información sobre su apelación:

- Podremos pedir registros médicos para ayudarnos a tomar una decisión. Usted, su PCP o el proveedor que lo está atendiendo deben remitirnos los registros en un plazo de siete días calendario.
- Con aprobación del estado o su solicitud, podemos extender el proceso de apelación por 14 días calendario si es para su beneficio.
- Si el estado aprueba nuestra solicitud de extensión, le informaremos por escrito a usted o a la persona que pidió presentar la apelación en su nombre el motivo para el retraso.

Puede solicitarnos que extendamos el proceso en caso de que cuente con más información que debemos considerar.

Después de haber completado el proceso de apelación de Anthem, puede solicitar una audiencia imparcial del estado. Vea la sección **Audiencias imparciales** para más detalles.

## **Apelaciones aceleradas**

Usted o la persona que presente la apelación en su nombre pueden solicitar una apelación acelerada. Puede solicitar una apelación acelerada si usted o su proveedor estiman que el tiempo normal requerido para un proceso de apelación puede perjudicar gravemente su vida o su salud.

Usted o su proveedor pueden solicitar una apelación acelerada de dos maneras:

1. Llame a la línea gratuita de Servicios al Miembro al 1-844-396-2329 (TTY 711), de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Pacífico.

2. Envíe una carta a:

Member Appeals  
Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions  
Desert Canyon, Building 9  
9133 W. Russell Road  
Las Vegas, NV 89148

Cuando recibamos su carta o llamada, le enviaremos una carta con nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

Si tiene más información que quiere que examinemos, debe dárnosla inmediatamente (en un plazo de uno o dos días). Si necesitamos más información sobre su apelación:

- Con aprobación del estado, podemos extender el proceso de apelación otros 14 días.
- Si el estado aprueba nuestra solicitud de extensión, le informaremos por escrito la razón de la demora.

También puede solicitarnos que extendamos el proceso en caso de que cuente con más detalles que debamos revisar.

Si no estamos de acuerdo en que su solicitud de apelación debe ser acelerada:

- Lo llamaremos de inmediato.
- Le enviaremos una carta en un plazo de dos días calendario para informarle la forma en que se tomó la decisión y que su apelación será revisada según el proceso de revisión estándar de 30 días calendario.

Si la decisión sobre su apelación acelerada mantiene (aprueba) nuestra primera decisión y no pagaremos por el cuidado que solicitó su doctor, lo llamaremos y le enviaremos una carta. Esta carta:

- Le informará cómo se tomó la decisión.
- Le informará sobre sus derechos para solicitar una audiencia estatal imparcial acelerada.

## **Apelaciones de pago a proveedores**

Si recibe un servicio de un proveedor y no pagamos por ese servicio, es posible que reciba una notificación de Anthem 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.
- El motivo por el que no podemos pagar por el servicio.

**Si recibe una EOB, no tiene que llamar o hacer nada en ese momento, a menos que quiera apelar la decisión.**

Una apelación de pago se da cuando su proveedor pide a Anthem que considere nuevamente el servicio que manifestamos que no pagaríamos. Su proveedor debe solicitar una apelación por pago en un plazo de 90 días calendario después de recibir la EOB.

Las apelaciones de pago las debe enviar por escrito su proveedor.

## **Audiencias imparciales**

Tiene derecho a pedir una audiencia imparcial del estado, después de haber agotado el proceso de apelación de Anthem. Puede pedir una audiencia imparcial en un plazo de 120 días calendario desde la fecha de la carta de denegación de la apelación.

Puede pedir una audiencia imparcial enviando el formulario de Solicitud de audiencia imparcial del estado del miembro que le enviamos con la notificación de denegación o una carta pidiendo una audiencia imparcial del estado con la notificación de denegación de Anthem a:

Nevada Division of Health Care Financing and Policy Hearings  
1100 E. William St., Suite 102  
Carson City, NV 89701

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos a solicitar una audiencia imparcial, llame a Servicios al Miembro de Anthem. Si tiene preguntas con respecto a la audiencia imparcial, puede llamar al supervisor de audiencias en el área de Las Vegas al 1-702-486-3000, ext. 43604; o el área de Carson City al 1-775-684-3604. También puede llamar a la línea gratuita al 1-800-992-0900, ext. 43604.

Si pide una audiencia imparcial, recibirá una carta del estado informándole la fecha y hora de una reunión de preparación para la audiencia. La reunión de preparación para la audiencia será realizada por teléfono y usted puede explicar por qué está en desacuerdo con la decisión tomada por Anthem. Si procede a una audiencia imparcial, debe asistir a la misma en persona, a menos que reciba el consentimiento del oficial de audiencias para asistir por teléfono. No tiene que pagar ningún costo por participar en la audiencia.

## **Continuación de beneficios**

Puede pedirle a Anthem que continúe cubriendo sus beneficios durante el proceso de apelación o de audiencia imparcial. Llame a Servicios al Miembro o envíenos el formulario que recibió con su Notificación de decisión. La solicitud para continuar beneficios aplica a hospitalizaciones, servicios ambulatorios o beneficios de farmacia aprobados por Anthem y que todavía sigue recibiendo.

Su primera solicitud para continuar beneficios puede ser verbal. Pero también debe hacerla por escrito. Si desea continuar recibiendo beneficios, llene el formulario de Solicitud para continuar beneficios durante una apelación o una audiencia imparcial y devuélvalo a:

Appeals Department  
Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions  
Desert Canyon, Building 9  
9133 W. Russell Road  
Las Vegas, NV 89148

Para continuar los servicios durante la apelación o audiencia imparcial:

- Debe solicitar la continuación de beneficios en un plazo de 10 días calendario desde la notificación de acción o antes de la fecha efectiva de la reducción, suspensión o terminación del servicio.
- Cualquier curso de tratamiento previamente autorizado debe haber finalizado o sido suspendido o reducido.
- Los servicios deben haber sido ordenados por un proveedor autorizado.
- El periodo de cobertura de la aprobación original debe estar todavía en efecto.

Debemos continuar la cobertura de sus beneficios hasta:

- Que usted retire la apelación.
- 10 días desde la fecha de nuestra primera decisión, si usted no ha solicitado una audiencia imparcial.
- Que se llegue a la decisión de una audiencia imparcial y la misma no es a su favor.
- Que expire la autorización o llegue a los límites de su servicio.

Anthem pagará por servicios que usted reciba durante el tiempo en que sus beneficios fueron continuados hasta que se tome una decisión final. **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 o audiencia imparcial, autorizaremos y pagaremos los servicios a los que negamos cobertura anteriormente.

## OTRA INFORMACIÓN

### Si se muda o el tamaño de su familia cambia

**Si usted es miembro de Medicaid**, debe ponerse en contacto con su asistente social de bienestar tan pronto se mude para informarle su nueva dirección o si el tamaño de su familia cambia. Encuentre el número a llamar bajo la sección **Otros números telefónicos importantes**.

**Si es miembro de Nevada Check Up**, debe llamar a Nevada Check Up cuando haya un cambio en el tamaño de su familia o si se muda a una nueva dirección. Encuentre el número a llamar bajo la sección **Otros números telefónicos importantes**.

Luego de llamar al estado, entonces deberá llamar a Servicios al Miembro de Anthem. En caso de que se mude fuera del área de servicio, continuará recibiendo servicios de cuidado de la salud a través de nosotros hasta que su inscripción sea cancelada. Debe llamar a Anthem antes de que pueda recibir cualquier servicio en su nueva área, a menos que sea una emergencia.

### Cómo renovar sus beneficios de Medicaid o Nevada Check Up a tiempo

**Siga recibiendo el cuidado adecuado.** Debe renovar sus beneficios cada 12 meses. Si no lo hace, podría perder sus beneficios de Medicaid o de Nevada Check Up, aun si todavía califica.

**Si es miembro de Nevada Medicaid**, la Nevada Division of Welfare and Supportive Services (DWSS) le enviará una carta informándole que es hora de renovar sus beneficios de Medicaid. Recibirá un paquete de renovación aproximadamente dos meses antes de la fecha en que deba renovar sus beneficios. Puede devolver el paquete por correo o renovar en línea en [www.dwss.nv.gov](http://www.dwss.nv.gov).