



**Información importante sobre sus servicios de hospicio  
MMM Healthcare, LLC  
2021**

**Esta es información importante sobre sus servicios de hospicio en su cobertura de MMM Healthcare, LLC.**

Le notificamos previamente sobre la disponibilidad de la Evidencia de Cobertura (EOC) en nuestro sitio web, que brinda información sobre su cobertura como afiliado a nuestro plan. Este aviso es para darle una actualización de su EOC con respecto a los servicios de cuidados de hospicio. Conserve esta información para su referencia. Su EOC y la información contenida en este aviso se pueden encontrar en nuestro sitio web en [www.mmm-pr.com](http://www.mmm-pr.com).

**Organización para el Mejoramiento de la Calidad** (*pagado por Medicare para supervisar la calidad del servicio provisto a las personas con Medicare*)

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad al servicio de los beneficiarios de Medicare designada en cada estado. En Puerto Rico, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta, LLC.

Cada organización para el mejoramiento de la calidad cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para supervisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado que se les provee a las personas con Medicare.

En Puerto Rico, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta, LLC. Livanta es una organización independiente. Esta no esta conectada con nuestro plan

Usted debe comunicarse con Livanta si usted piensa que su cubierta para sus servicios de Hospicio terminara demasiado pronto.

<b>Método</b>	Livanta, LLC. Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Puerto Rico
<b>Llame</b>	1 (866) 815-5440  Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días feriados, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.

<b>TTY</b>	1 (866) 868-2289  Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
<b>ESCRIBA</b>	Livanta BFCC-QIO 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, M.D. 20701
<b>INTERNET</b>	<a href="http://www.livantaqio.com/en">www.livantaqio.com/en</a>

**Como solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si usted considera que su cubierta está terminando demasiado pronto**

Cuando recibe atención de hospicio como paciente en un hospicio, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria y sea elegible para los servicios de hospicio. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier limitación a la cobertura que pueda aplicarse, consulte el “Capítulo 4” de su Evidencia de Cobertura. El Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura, le indica cómo presentar una queja.

**Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto). O, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada (vea Capítulo 2, Sección 3 de su evidencia de cubierta).

**Si solicita una Apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión tomada por nuestro plan.**

**Estos son los pasos para apelar nuestra decisión:**

**Paso 1: Haga su Apelación de Nivel 1. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado y solicite una revisión. Tiene que actuar rápidamente.**

***¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?***

Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud pagados por el Gobierno Federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad del cuidado que reciben las personas que tienen Medicare y evalúan las decisiones de los planes sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir algunos tipos de cuidado médico.

***¿Cómo puede comunicarse con esta organización?***

La notificación por escrito que recibió le dice cómo comunicarse con esta organización. (O, busque el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado arriba en este aviso).

***¿Qué debe solicitar?***

Solicítele a esta organización una “apelación acelerada” (que realice una revisión independiente) sobre si es médicamente apropiado que suspendamos la cubierta de sus servicios médicos.

***Su fecha límite para comunicarse con esta organización.***

Usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su apelación para el mediodía del día anterior a la fecha de efectividad en la Notificación de No-Cubierta de Medicare.

Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y todavía desea apelar, tiene que hacer su apelación directamente al plan. Para detalles sobre este medio para hacer su apelación, vea la Sección 1.4 a continuación.

**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.**

***¿Qué pasa durante esta revisión?***

Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (para abreviar, les llamaremos “los examinadores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué entiende que su cubierta para estos servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero lo puede hacer si así lo desea.

La organización examinadora también evaluará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nosotros le hayamos dado.

Para el final del día en que los examinadores nos notifiquen sobre su apelación, usted también recibirá una notificación escrita de nuestra parte con nuestras razones, explicadas en detalle, para suspender sus servicios de Hospicio.

Términos Legales
Esta notificación explicativa se llama el “Aviso Detallado de No-Cubierta”.

**Paso 3: En el plazo de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los examinadores le comunicarán su decisión.**

***¿Qué pasa si la respuesta de los examinadores a su apelación es sí?***

Si la respuesta de los examinadores a su apelación es sí, **tenemos que continuar proveyendo sus servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario.**

Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos, si aplican). Además, puede haber limitaciones a sus servicios cubiertos. (Vea el Capítulo 4 de su Evidencia de Cubierta).

***¿Qué pasa si la respuesta de los examinadores a su apelación es no?***

Si la respuesta de los examinadores a su apelación es no, **entonces su cubierta terminará en la fecha que le habíamos indicado.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos para este cuidado en la fecha indicada en la notificación.

Si decide seguir recibiendo los servicios de cuidados de Hospicio después de esta fecha en la que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

**Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea hacer otra apelación.**

La primera apelación que hace está en el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los examinadores deniegan su Apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo cuidado luego de que la cubierta para este haya terminado, puede hacer otra apelación.

Hacer otra apelación significa que usted está pasando al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

<b>Sección 1.3</b>	<b>Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado durante más tiempo</b>
--------------------	---

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted decide continuar recibiendo cuidado luego de que la cubierta para este haya terminado, puede hacer una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reevalúe la decisión que tomó con respecto a su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de los servicios de cuidado de Hospicio que reciba luego de la *fecha* en que le indicamos que terminaría su cubierta.

A continuación, están los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

**Paso 1: Vuelve a comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión**

Usted tiene que solicitar esta revisión dentro de 60 días a partir de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cubierta.

**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda evaluación de su caso**

Los examinadores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

**Paso 3: En un plazo de 14 días a partir del recibo de su solicitud de apelación, los examinadores tomarán una decisión sobre su apelación y se la notificarán.**

***¿Qué sucede si la respuesta de la organización revisora a su apelación es sí?***

**Nosotros tenemos que reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado que haya recibido desde la fecha en que le notificamos la suspensión de su cubierta. **Nosotros tenemos que continuar cubriendo su cuidado** de Hospicio por el tiempo que sea médicamente necesario.

Usted tiene que seguir pagando su parte de los costos y podrían aplicar limitaciones de cubierta.

***¿Qué sucede si la respuesta de la organización revisora a su apelación es no?***

Esto significa que ellos se reafirman en la decisión que tomamos en su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.

La notificación por escrito que recibirá le explicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará detalles sobre cómo pasar al próximo nivel de apelación, el cual es manejado por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador.

**Paso 4: Si la respuesta es no, usted deberá decidir si desea llevar su apelación al próximo nivel.**

Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones luego del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los examinadores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y hacer otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador

El Capítulo 9 de la Evidencia de Cubierta brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelación.

<b>Sección 1.4</b>	<b>¿Qué sucede si se le pasa la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1?</b>
--------------------	--

**Como alternativa, puede apelar ante nosotros**

Como explicamos en la Sección 1.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y comenzar con la primera apelación (dentro de un día o dos, como máximo). Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con esta organización, *hay otro medio para hacer su apelación. Si utiliza este otro medio para hacer su apelación, los primeros dos niveles de apelación serán diferentes.*

**Paso a paso: Cómo hacer una Apelación Alternativa de Nivel 1**

Si le pasa la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, usted puede hacer una apelación ante nosotros y pedirnos una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza las fechas límites rápidas en vez de las estándar.

A continuación, los pasos para una Apelación Alternativa de Nivel 1:

<b>Términos Legales</b>
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se llama una “ <b>apelación acelerada</b> ”).

**Paso 1: Comuníquese con nosotros y pida una “revisión rápida”**

Para detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2 de su Evidencia de Cubierta y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre su cuidado médico.*

**Asegúrese de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está solicitando que le demos una respuesta utilizando las fechas límites “rápidas” en lugar de las estándar.

**Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no



hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación se atrasa cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados para no cumplir con la fecha límite pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

**Paso 2: Haremos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo terminar la cubierta de sus servicios**

Durante esta revisión, evaluaremos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificaremos si se siguieron todas las reglas cuando se fijó la fecha para suspender la cubierta del plan para los servicios que estaba recibiendo.

Utilizaremos las fechas límites “rápidas”, en vez de las fechas límite estándar, para responder a esta reevaluación.

**Paso 3: Le daremos nuestra decisión a más tardar 72 horas después de que nos pida la “revisión rápida” (“apelación rápida”).**

**Si respondemos que sí a su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita continuar sus servicios por más tiempo y le seguiremos brindando los servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos por el cuidado que recibió desde la fecha en que le indicamos que su cubierta terminaría. (Usted tiene que pagar su parte de los costos y podrían aplicar limitaciones de cubierta).

**Si respondemos que no a su apelación rápida**, su cubierta terminará en la fecha que le indicamos y nosotros no pagaremos parte alguna de los costos a partir de esta fecha.

Si usted continuó recibiendo cuidados de Hospicio después de la fecha en que le dijimos que su cubierta terminaría, entonces **tendrá que pagar el costo total** por este cuidado por su cuenta.

**Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso será enviado automáticamente al próximo nivel del proceso de apelaciones.**





Para asegurar que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos requiere enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Al hacer esto, usted pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

### **Paso a paso: Proceso de Apelación Alterna de Nivel 2**

Durante el Nivel 2 de Apelaciones, **la Organización de Revisión Independiente** evalúa la decisión que tomamos de rechazar su “apelación rápida”. Esta organización decidirá si la decisión que tomamos se debe cambiar.

<b>Términos Legales</b>
El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es la <b>“Entidad de Revisión Independiente”</b> . También se le conoce como <b>“IRE”</b> , por sus siglas en inglés.

### **Paso 1: Automáticamente referiremos su caso a la Organización de Revisión Independiente**

Se nos requiere enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de 24 horas a partir de que le informáramos nuestra decisión negativa con respecto a su primera apelación. (Si entiende que no estamos cumpliendo con esta u otras fechas límites, puede hacer una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelación. La Capítulo 9 de su evidencia de cubierta le explica cómo hacer una queja).

### **Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los examinadores le responderán dentro de 72 horas.**

**La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. La organización es una compañía designada por Medicare para asumir la función de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Los examinadores en la Organización de Revisión Independiente revisarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

**Si esta organización acepta su apelación**, entonces tenemos que reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos del cuidado que haya recibido desde la fecha en que le notificamos que su cubierta finalizaría. También tenemos que seguir cubriendo su cuidado por el tiempo que sea médicamente necesario. Usted tiene que seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cubierta, estas podrían tener un efecto sobre la cantidad de su reembolso o el tiempo por el cual seguiremos cubriendo los servicios

**Si la organización rechaza su apelación**, significa que ellos coinciden con la decisión tomada por nuestro plan con respecto a su primera apelación y no la cambiarán.

La notificación por escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le explica qué debe hacer si desea continuar con el proceso de revisión. La misma le dará los detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3.

**Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea llevar su apelación al próximo nivel**

Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los examinadores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta esa decisión o si prosigue al Nivel 3 y hace otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador.

El Capítulo 9 de su Evidencia de Cubierta brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

No es necesario que realice ninguna acción en respuesta a este documento, pero le recomendamos que conserve esta información para referencia futura. Si tiene alguna pregunta, llámenos al Departamento de Servicios al afiliado al 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de costo), 1-866-333-5469 TTY (personas con problemas de audición), los lunes hasta el domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.



MMM Healthcare, LLC (MMM) es un plan HMO con un contrato Medicare. La afiliación en los planes depende de la renovación del contrato. MMM Healthcare, LLC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MMM Healthcare, LLC complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call MMM 1-866-333-5470, (TTY: 1-866-333-5469).  
MMM Healthcare, LLC  
遵守用的邦民法律定，不因族、色、民族血、年、障或性而歧任何人。注意：如果您使用繁中文適聯權規種膚統齡殘別視體，您可以免得言援助服。致費獲語務請電MMM 1-866-333-5470, (TTY: 1-866-333-5469).

Y0049\_2021 31002 008 2\_C