
Sección 8. Proceso de apelación sobre reclamaciones

Usted puede apelar directamente con la Oficina de Administración de Personal (OPM) si no seguimos los procesos de reclamación requeridos. Para más información sobre los casos en los que tiene derecho de apelar inmediatamente a la OPM, e incluso requisitos adicionales que no se listan en las Secciones 3, 7 y 8 de este folleto, por favor llame al representante de servicio al cliente de su plan al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de suscripción o en el folleto o la página web de su plan.

Por favor siga este proceso de disputa de reclamaciones para el Programa de Beneficios de salud para empleados federales si usted no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su reclamación post-servicio (reclamación donde los servicios, medicamentos y suplidos ya se facilitaron). En la Sección 3. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión sobre una reclamación pre-servicio, hemos descrito el proceso que debe seguir si tiene una reclamación por servicios, referidos, medicamentos o suplidos que deben estar preautorizados por el plan, tales como admisiones hospitalarias.

Para ayudarle a preparar su apelación, puede coordinar con nosotros para revisar y copiar, sin costo alguno, todo el material y los documentos del plan relevantes que tengamos en nuestro haber y que guarden relación con su reclamación, incluso aquellos que involucren revisión pericial de su reclamación. Para realizar su petición, escriba a nuestro departamento de Servicio al Cliente a Triple-S Salud, Inc., 1441 Avenida Roosevelt San Juan, Puerto Rico 00920, o llame al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU..

Nuestra reconsideración tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y demás información que usted presente relacionada con la reclamación, independientemente de si la información fue presentada o considerada en la determinación de beneficio inicial.

Si nuestra decisión inicial se basa (completamente o en parte) en criterios médicos (p. ej. necesidad médica, experimental / investigativo), consultaremos con un profesional de la salud que posea el adiestramiento y la experiencia adecuados en el campo de la medicina asociada con dichos criterios, y que no haya estado involucrado en la decisión inicial.

Nuestra reconsideración no tomará en cuenta la decisión inicial. La revisión no la realizará la misma persona que tomó la decisión inicial, ni su subordinado.

No tomaremos decisiones de contratación, compensación, terminación, promoción u otros temas similares con respecto a cualquier individuo (como un ajustador de reclamaciones o experto médico) fundamentados en la posibilidad de que el individuo apoye la denegación de beneficios.

1

Solicite por escrito que reconsideremos la decisión inicial. Usted debe:

- a) Escribirnos dentro de 6 meses a partir de la fecha de nuestra decisión; y
- b) Enviarnos su solicitud a: Triple-S Salud, Inc., Departamento de Querellas y Apelaciones, PO Box 11320, San Juan, Puerto Rico 00922-9905; e
- c) Incluir una explicación de por qué entiende que la decisión inicial fue incorrecta, con base en disposiciones específicas de este folleto; e
- d) Incluir copias de los documentos que apoyen su reclamación, tales como cartas de sus médicos, informes de operaciones, facturas, expedientes médicos y explicaciones de beneficios (EOB).
- e) Incluya su dirección de correo electrónico (opcional) si desea recibir nuestra contestación por correo electrónico. Tenga en cuenta que si nos proporciona su correo electrónico, podríamos enviarle nuestra decisión más rápido.

Le facilitaremos, libre de cargo y dentro de un tiempo razonable, cualquier evidencia nueva o adicional considerada, utilizada o generada por nosotros o por dirección nuestra en conexión con su reclamación y cualquier justificación nueva para nuestra decisión sobre la reclamación. Le proveeremos esta información con suficiente antelación a la fecha en que se nos requiere que le proveamos nuestra decisión de reconsideración, para permitirle suficiente tiempo para respondernos antes de esa fecha. Sin embargo, si no

le facilitamos la nueva evidencia o justificación con suficiente tiempo para que usted responda a tiempo, esto no invalidará nuestra decisión de reconsideración. Usted podrá responder a esa nueva evidencia o justificación en la etapa de evaluación de la OPM que se describe en el paso 4.

2

En el caso de reclamaciones post-servicio, tenemos hasta 30 días desde la fecha en que recibimos su solicitud para:

- a) Pagar la reclamación o
- b) Escribirle para confirmar nuestra denegación o
- c) Solicitar más información de usted o su proveedor

Usted o su proveedor debe enviar la información para que la recibamos dentro de 60 días a partir de nuestra solicitud. Entonces, tomaremos una decisión dentro de 30 días más.

Si no recibimos la información dentro de 60 días, tomaremos nuestra decisión dentro de 30 días a partir de la fecha límite para la entrega de información. Nuestra decisión se basará en la información que ya tenemos.

Nosotros le enviaremos nuestra decisión por escrito.

3

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar que la OPM la revise.

Debe escribirle a la OPM, en inglés, dentro de:

- 90 días a partir de la fecha de nuestra carta confirmando nuestra decisión inicial; o
- 120 días luego de su primera carta a nosotros, si no le contestamos de manera alguna al cabo de 30 días; o
- 120 días después de solicitarle información adicional.

Escríble a la OPM a: United States Office of Personnel Management, Healthcare and Insurance, Federal Employee Insurance Operations, Health Insurance (HI) 2, 1900 E Street, NW, Washington, DC 20415-3620.

Envíe la siguiente información en inglés a la OPM:

- Una explicación de por qué entiende que nuestra decisión fue incorrecta, con base en disposiciones específicas de este folleto;
- Copias de los documentos que apoyen su reclamación, tales como cartas de sus médicos, informes de operaciones, facturas, expedientes médicos y explicaciones de beneficios (EOB).
- Copias de todas las cartas que nos envió sobre la reclamación;
- Copias de todas las cartas que nosotros le enviamos sobre la reclamación; y
- Su número de teléfono diurno y la mejor hora para llamarle.
- Su dirección de correo electrónico, si desea recibir la decisión de la OPM por correo electrónico. Tenga en cuenta que al proveer su correo electrónico, podría recibir la decisión de la OPM más rápido.

Nota: Si desea que la OPM revise más de una reclamación, debe identificar claramente cuáles documentos aplican a cada reclamación.

Nota: Usted es la única persona que tiene derecho de presentar una reclamación ante la OPM. Las partes que actúen como su representante, tal como los proveedores de salud, deben incluir copia de su autorización explícita por escrito con la solicitud de revisión. Sin embargo, para reclamaciones de cuidado urgente, un profesional de la salud que conozca su condición médica podrá actuar como su representante autorizado sin su consentimiento expreso.

Nota: Las fechas límites arriba indicadas pueden extenderse si usted no pudo cumplir con la fecha límite por razones fuera de su control.

OPM revisará la reclamación disputada y utilizará la información que obtenga de usted y de nosotros para decidir si nuestra decisión es correcta. La OPM le enviará la decisión final o notificarle del estado dentro de 60 días. No existen otros remedios administrativos de apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión de la OPM, su único recurso es presentar una demanda en corte. Si decide demandar, debe presentar la demanda contra la OPM en la corte federal no más tarde del 31 de diciembre del tercer año después del año en que recibió los servicios, medicamentos o suplidos en disputa, o del año en que se le denegó una precertificación o preautorización. Esta es la única fecha límite que no se puede extender.

OPM podrá divulgar la información obtenida durante el proceso de revisión para justificar su decisión sobre la reclamación. Esta información se convertirá en parte del expediente en corte.

Usted no podrá demandar hasta que se complete el proceso de disputa de reclamaciones. Además, las leyes federales rigen su caso, sus beneficios y los pagos de estos. La corte federal basará su revisión en el expediente utilizado por la OPM cuando esta decidió mantener o revocar nuestra decisión. Lo único que puede recobrar es la cantidad de los beneficios en disputa.

NOTA: Si usted tiene una condición grave o potencialmente mortal (que pueda causar la pérdida permanente de alguna función corporal o la muerte si no se trata lo antes posible), y usted no indicó que su reclamación era para cuidado urgente, llámenos al 787-774-6081 (TTY: 787-792-1370) desde Puerto Rico o al 1-800-716-6081 (TTY: 1-866-215-1999) desde las Islas Vírgenes de EE. UU.. Haremos una revisión expedita (si aún no hemos respondido a su reclamación); o informaremos a la OPM para que ellos hagan una revisión acelerada de su apelación de reclamación. Puede llamar a FEHB 2 de la OPM al 202-606-3818, de 8 a.m. a 5 p.m. horario del este.

Por favor, recuerde que nosotros no tomamos decisiones sobre asuntos de elegibilidad al plan. Por ejemplo, nosotros no determinamos si usted o sus dependientes están cubiertos bajo este plan. Debe referir todo asunto de elegibilidad a la oficina de personal / nómina en su Agencia, si es empleado; a su sistema de retiro, si es pensionado; o a la oficina de programas de compensación laboral si está recibiendo dichos beneficios.