



[Página Principal](#)

[Medicare RX](#)

[Beneficios del Plan](#)

[Listado de Medicamentos](#)

[Farmacias](#)

[Afiliación](#)

## Proceso de Querellas y Apelaciones

Para información adicional en el proceso de querellas y apelaciones, por favor refiérase a la Evidencia de Cobertura de First+Plus.

### ¿Qué son apelaciones y querellas?

Usted tiene el derecho de presentar una queja si usted tiene preocupaciones o problemas relacionados a su cobertura o cuidado. “Apelaciones” y “querellas” son dos tipos de quejas que usted hace.

Una “**apelación**” es un tipo de queja que usted hace **cuando quiere que nosotros reconsideremos y cambiemos una decisión que hemos tomado sobre que beneficios de medicamentos recetados son cubiertos por usted o que nosotros pagaremos por un medicamento recetado.** Por ejemplo, si nosotros rehusamos cubrir o pagar por un medicamento que usted piensa debemos cubrir, usted puede presentar una apelación. Si First+Plus reduce un medicamento que usted ha estado recibiendo, usted puede presentar una apelación. Si usted piensa que nosotros estamos deteniendo la cobertura de medicamentos demasiado pronto, usted puede presentar una apelación.

Una “**querella**” es el tipo de queja que usted hace si tiene otro tipo de problema con First Medical o una de nuestras farmacias de la red. Por ejemplo, usted podría presentar una querella si usted tiene un problema con cosas tales como tiempo de espera cuando presenta una receta, la forma en que el farmacéutico de la red u otros se comportan, disponibilidad para conseguir a alguien por teléfono u obtener información que usted necesita, o la limpieza o condición de una farmacia de la red.

### ¿Qué tipos de problemas podría conducirlo a presentar una querella estándar?

Una querella es diferente a una apelación porque usualmente no conlleva cobertura o pago por beneficios de medicamento recetado de la Parte D (preocupaciones sobre nuestra falta de cubrir o pagar por cierto medicamento debe ser canalizado a través del proceso de apelación discutido anteriormente).

### Aquí están algunos ejemplos de problemas, de los cuales usted podría presentar una querella:

- Si usted siente que está siendo animado a dejar (desafiliarse de) First+Plus.
- Problemas con servicio al suscriptor que usted recibe.
- Problemas con el tiempo que usted tiene que invertir esperando en el teléfono o en una farmacia
- Falta de respeto o comportamiento rudo de parte de farmacéuticos u otro personal.
- Limpieza o condición de farmacia.
- Si usted cree que nuestras notificaciones u otros materiales escritos son difíciles de entender
- Falta de tomar una decisión dentro del marco de tiempo requerido.
- Falta de enviar su caso a una entidad de revisión independiente si nosotros no tomamos una decisión dentro del marco de tiempo requerido.

### ¿Cuándo puede solicitar una querella rápida?

Usted puede solicitar una querella expedita solamente si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de no expedir su solicitud para una decisión rápida (expedita) de una apelación, determinación de cobertura o redeterminación de cobertura.

### ¿Cuán pronto debe usted presentar su querella?

Usted necesita presentar su querella dentro de 60 días calendarios desde la fecha que ocurra la querella. No aceptaremos ninguna querella presentada después de pasados los 60 días de la fecha de ocurrida la querella.

### ¿Cómo presento una querella?

**Usted debe presentar una querella por teléfono, por fax o por carta.**

1. Presente una querella por teléfono:  
Servicio al Suscriptor: 1-888-767-7717 o TTY al (877) 672-4242

2. Presente una querella por fax:  
Fax: (787) 300-3911

Presente una querella por escrito:

Dirección: First+Plus  
Departamento de Cumplimiento  
PO Box 191580  
San Juan, PR 00919-1580

### ¿Qué información necesito proveer cuando presento una querella?

Nosotros necesitamos saber su nombre y su número de identificación. Nosotros también necesitamos saber la naturaleza de la querella y la fecha de ocurrida la querella. Esté seguro de proveer su número de teléfono (y dirección si está presentando la querella por escrito) de manera que podamos notificarle nuestra decisión.

### ¿Cuán pronto debemos decidir sobre su querella?

Cuán rápidamente decidamos sobre su querella, depende del tipo de querella:

1. Para una querella estándar:

Después que recibamos su solicitud para una querella, tenemos hasta 30 días calendarios para tomar una decisión.

2. Para una querella rápida:

Después que recibamos su solicitud para una querella rápida, tenemos hasta 24 horas para tomar una decisión.

### ¿Ustedes pueden solicitar más tiempo para investigar una querella?

1. Para una querella estándar:

Si. Nosotros le notificaremos por escrito si necesitamos tiempo adicional para investigar la querella y si creemos que es su mejor interés continuar investigando su querella. Nosotros le solicitaremos hasta 14 días adicionales.

2. Para una querella rápida:

No. Nosotros tomaremos una decisión dentro de 24 horas de recibida su solicitud para una querella rápida.

### ¿Cómo me notificarán sobre su decisión?

Nosotros utilizaremos dos métodos de comunicación para notificarle sobre nuestra decisión: teléfono y carta.

1. Le notificaremos por teléfono cuando:

Le notificaremos por teléfono cuando presente una querella verbalmente mientras se encuentra con un representante de Servicio al Suscriptor.

2. Le notificaremos por carta cuando:

Le notificaremos por carta cuando presente una querella por escrito (carta o fax). Nosotros le notificaremos por carta sobre su petición.

### ¿Y si no estoy de acuerdo con su decisión sobre mi querella?

Por regulaciones de CMS, todas las decisiones de querellas son finales y no son elegibles para revisión o apelación.

### ¿Qué es una decisión inicial?

La “decisión inicial” hecha por First+Plus es el punto de partida para transacciones con solicitudes que usted pueda tener sobre cobertura o pago de medicamento recetado de la Parte D. Si su médico o farmacéutico le dice que cierto medicamento recetado no está cubierto, usted debe comunicarse con First+Plus y preguntarnos por una decisión de cobertura inicial. Con esta decisión, le explicaremos si le proveeremos el medicamento recetado que usted está solicitando o pagaremos por un medicamento recetado que usted ya ha recibido. (Esta “decisión inicial” es conocida a veces como “determinación de cobertura”). Si nuestra decisión inicial es denegar su solicitud (esto es conocido a veces como “determinación de cobertura adversa”), usted puede “apelar” la decisión pasando al nivel de apelación I. Si nosotros fallamos en tomar una “decisión inicial” a tiempo sobre su solicitud, será automáticamente enviada a una entidad independiente de revisión.

### Aquí están algunos ejemplos de problemas, de los cuales usted podría solicitar una decisión inicial:

- Usted nos solicita pagar un medicamento recetado que ya usted recibió; esto es una solicitud para una “decisión inicial” sobre pago.
- Usted nos solicita un medicamento de la Parte D que no se encuentra en el listado de medicamentos cubiertos de su plan (llamada “formulario”), Esto es una solicitud de “excepción al formulario”.
- Usted solicita una excepción a las técnicas de manejo de utilización del plan. Estas también están consideradas a ser solicitudes para “excepciones al formulario”.
- Usted solicita un medicamento no preferido de la Parte D a un nivel de costo preferido, esto es una solicitud de “excepción de categoría”.
- Usted solicita que le reembolsemos por una compra que usted hizo en una farmacia fuera de la red. En ciertas circunstancias, compras fuera de la red, incluyendo medicamentos provistos a usted en una oficina de médico, serán cubiertos por el plan.

Cuando tomamos una “decisión inicial”, le estamos ofreciendo nuestra interpretación de cómo los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos para suscriptores de First+Plus aplican a su situación en específico.

### **¿Cómo solicito una decisión inicial?**

Usted puede solicitar una decisión inicial por teléfono, por fax o por carta.

Teléfono- 1-888-767-7717 o TTY al (877) 672-4242

Fax: (787) 300-3911

Dirección: First+Plus

Departamento de Cumplimiento

PO Box 195080

San Juan, PR 00919-9872

### **¿Quién puede solicitar una “decisión inicial” sobre el beneficio o pago de la Parte D?**

Usted puede solicitarnos una decisión inicial o su médico que le prescribe o alguien que usted nombre puede hacerlo por usted. La persona que usted nombre debe hacer su representante designado.

### **¿Cuándo usted puede solicitar una decisión rápida?**

Usted puede solicitar una decisión rápida solamente si usted o su médico creen que esperar por una decisión estándar puede afectar seriamente su salud o su habilidad para funcionar. (Decisiones rápidas aplican solo a solicitudes de medicamentos de la Parte D que usted no haya recibido todavía. Usted no puede obtener una decisión rápida si usted está solicitando un pago por el medicamento de la Parte D que usted ya ha recibido).

### **¿Qué sucede cuando usted solicita una “decisión inicial”?**

Qué sucede, incluyendo cuan pronto debemos decidir, depende del tipo de decisión.

1. Para una decisión inicial estándar sobre medicamento de la Parte D que incluye una solicitud sobre pago de medicamento de la Parte D que usted ya ha recibido. Debemos tomar nuestra decisión no más tarde de 72 horas después que hayamos recibido su solicitud, pero lo haremos más pronto si su condición de salud lo requiere. Sin embargo, si su petición envuelve una solicitud de excepción, nosotros debemos tomar una decisión no más tarde de 72 horas después de haber recibido la “justificación” de su médico, que explica porque el medicamento que usted está solicitando es médicamente necesario.

2. Para una decisión inicial rápida sobre medicamento de la Parte D que usted no ha recibido.

Si usted recibe una “revisión rápida”, le haremos saber nuestra decisión dentro de 24 horas después de que usted o su médico solicite una “revisión rápida”-tan pronto como su salud lo requiera. Si su petición envuelve una solicitud de excepción, nosotros debemos tomar nuestra decisión no más tarde de 24 horas después de haber recibido la “justificación” de su médico, la cual explica porque el medicamento que no está en el formulario o medicamento no preferido es médicamente necesario.

Le notificaremos por escrito de nuestra decisión inicial sobre el medicamento recetado que usted solicitó. Usted recibirá esta notificación cuando tomemos nuestra decisión, bajo el marco de tiempo explicado anteriormente. Si no aprobamos su solicitud, debemos explicarle el por qué, y sobre su derecho a apelar nuestra decisión. La sección “Nivel de Apelación 1” explica como solicitar esta apelación.

### **¿Qué sucede después si nosotros decidimos completamente a su favor?**

Si nosotros tomamos una “decisión inicial” que está completamente a su favor, lo que sucede después depende de la situación.

1. Para una decisión estándar sobre un medicamento de la Parte D que incluye una solicitud sobre pago de medicamento de la Parte D que usted ya ha recibido.

Nosotros debemos autorizar o proveer el beneficio que usted solicitó tan pronto lo requiera su salud, no más tarde de 72 horas después de nosotros recibir su solicitud. Si usted está solicitando reembolso por un medicamento que usted ya pagó y recibió, nosotros debemos enviarle el pago no más tarde de 30 días calendarios después de recibir su solicitud.

2. Para una decisión rápida sobre un medicamento de la Parte D que usted no ha recibido.

Nosotros debemos autorizarle o proveerle con el beneficio que usted ha solicitado no más tarde de 24 horas de recibir su solicitud.

### **¿Qué sucede después si denegamos su solicitud?**

Si denegamos su solicitud, nosotros podemos decidir completamente o solo parcialmente en su contra. Por ejemplo, si denegamos su solicitud por pago de un medicamento de la Parte D que ya ha recibido, nosotros podemos informarle que no pagaremos nada o solamente parte de la cantidad que usted solicitó. Si ninguna decisión inicial le ofrece todo lo que usted solicitó, usted tiene el derecho de apelar la decisión. (Ver Nivel de Apelación 1)

## ¿Qué clases de decisiones pueden ser apeladas?

Generalmente usted puede apelar nuestra decisión de no cubrir un medicamento, vacuna u otro beneficio de la Parte D. Usted también puede apelar nuestra decisión de no reembolsarle un medicamento de la Parte D que usted pagó. Además, si usted piensa que nosotros debemos haber pagado o reembolsado más de lo que recibió, o la cantidad que está pagando es más que la que se supone pague bajo el plan, usted puede apelar. Finalmente, si denegamos su solicitud de excepción, usted puede apelar.

Estos son algunos ejemplos de situaciones donde usted pudiera querer presentar una apelación:

- Si no está obteniendo un medicamento recetado que usted cree puede ser cubierto por First+Plus.
- Si usted ha recibido un medicamento recetado Parte D que usted cree pudo ser cubierto por First+Plus mientras usted fue suscriptor, pero nosotros rehusamos pagarle el medicamento.
- Si nosotros no proveemos o pagamos por un medicamento recetado de la Parte D que su médico ha recetado para usted porque no está en nuestro listado de medicamentos cubiertos (conocido como “formulario”). Usted puede solicitar una excepción a nuestro formulario.
- Si usted no está de acuerdo con la cantidad que nosotros le requerimos pagar por un medicamento recetado de la Parte D que su médico le ha recetado. Usted puede solicitar una excepción al copago que le requerimos a usted pagar por un medicamento.
- Usted ha requerido una excepción a nuestro formulario o al copago por un medicamento y le hemos denegado su petición.
- Si le dicen que la cobertura por un medicamento recetado de la Parte D que usted ha estado tomando será reducida o terminada.
- Si existe un requisito donde usted trate otro medicamento antes que nosotros paguemos por un medicamento que su médico recetó, o si existe un límite a la cantidad (o dosis) del medicamento y usted no está de acuerdo con el requisito o límite de dosis.
- Usted compró un medicamento en una farmacia que no está en nuestra red y usted quiere solicitar un reembolso por el gasto.
- Nosotros no tomamos una decisión sobre su solicitud dentro del marco de tiempo requerido.

Por favor fíjese: Si no aprobamos su solicitud de excepción por un medicamento fuera del formulario, usted no puede solicitar una excepción al copago que nosotros le requerimos pagar por el medicamento.

## ¿Cómo trabaja el proceso de apelación?

Existen cinco niveles para el proceso de apelación. Aquí están un detalle que debe tener en mente según usted lea la descripción de estos pasos en el proceso de apelación:

- Moverse de un nivel al otro. En cada nivel, su solicitud para beneficios de la Parte D o pago es considerado y una decisión es tomada. La decisión puede ser parcial o completamente a su favor (dándole algo o todo de lo que usted ha solicitado), o puede ser completamente denegado (rechazado). Si usted no está contento con esta decisión, existe otro paso que puede tomar para obtener una futura revisión de su solicitud. Si usted es capaz o no de tomar el siguiente paso depende del valor del dólar del medicamento solicitado o de otros factores.
- “Decisión Inicial” vs. “presentar una apelación”. Siempre que usted solicite un beneficio de la Parte D, el primer paso es conocido como “decisión inicial” o “determinación de cobertura”. Si usted no está contento con la decisión inicial, usted puede presentar una apelación, conocida como redeterminación. Existen también otros cuatro niveles de apelación que un suscriptor puede solicitar.

## ¿Quién toma la decisión en cada nivel?

Usted presenta su solicitud de cobertura o pago por un medicamento recetado de la Parte D directamente a nosotros. Nosotros revisamos esta solicitud y tomamos una decisión inicial. Si nuestra decisión inicial es rechazar su solicitud (toda o en parte) usted puede dirigirse al primer nivel de apelación solicitándonos revisar nuestra decisión inicial. Si usted continúa insatisfecho con el resultado, usted puede solicitar una revisión más adelante. Si lo hace, entonces su apelación en enviada fuera de First+Plus, donde personas que no tienen que ver con nosotros llevan a cabo esta revisión y toman la decisión. Después del primer nivel de apelación, todos los niveles de apelación siguientes serán decididos por alguien que está conectado al programa de Medicare o al sistema de la corte federal. Esto ayudará a asegurar una decisión justa, imparcial.

Nivel de Apelación 1: Si denegamos parte o toda su solicitud de nuestra decisión inicial, usted puede solicitarnos reconsiderar nuestra decisión. Esto es conocido como “apelación” o “solicitud de redeterminación”. Usted puede solicitarnos reconsiderar nuestra decisión inicial, aun si sólo parte de nuestra decisión no es lo que usted solicitó. Cuando nosotros recibimos su solicitud para reconsiderar la decisión inicial, nosotros les damos la solicitud a personas en nuestra organización que no estuvieron envueltos en tomar la decisión inicial.

**Como usted haga su petición depende de si usted solicita reembolso de un medicamento Parte D que ya ha recibido y pagado, o la autorización de un beneficio de la Parte D (es decir un medicamento de la Parte D que usted todavía no ha recibido).**

Si su apelación tiene que ver con una decisión que tomamos sobre autorización de un beneficio de la Parte D que usted todavía no ha recibido, entonces usted y/o su médico primero necesitan decidir si usted necesita una apelación “rápida”. Los procedimientos para decidir sobre una apelación “estándar” o “rápida” son los mismos de aquellos descritos para una decisión “estándar” o “rápida”.

## Obteniendo información para sostener su apelación

Nosotros debemos reunir toda la información que necesitamos para tomar una decisión sobre su apelación. Si necesitamos su asistencia para reunir esta información, nos pondremos en contacto con usted. Usted tiene el derecho de obtener e incluir información adicional como parte de su apelación. Por ejemplo, usted puede ya tener documentos relacionados a su petición, o usted puede querer obtener el expediente de su médico o su opinión para ayudarlo a sostener su petición. Usted puede necesitar darle a su médico una solicitud escrita para obtener la información.

Usted puede ofrecernos información adicional en cualquiera de las siguientes maneras:

ESCRIBA First+Plus, PO Box 195080, San Juan, PR 00919-5080

FAX (787) 300-3911

LLAME (si es una apelación “rápida”) 1(888) 767-7717 o TTY al (877) 672-4242

Usted también tiene el derecho de solicitarnos una copia de la información concerniente a su apelación. Usted puede llamarnos o escribirnos al (888) 767-7717 o TTY al (877) 672-4242, First+Plus, PO Box 195080 San Juan, PR 00919-5080.

Nos permiten cobrar unos honorarios por copiar y enviarle esta información.

### **¿Cómo usted presenta su apelación de la decisión inicial?**

Las reglas sobre quien puede presentar una querrela son casi las mismas que las reglas sobre quien puede solicitar una “decisión inicial”.

### **¿Cuán pronto usted debe presentar su apelación?**

Usted necesita para presentar su apelación dentro de 60 días calendarios de la fecha incluida en el aviso de nuestra decisión inicial. Nosotros podemos darle más tiempo si tiene una buena razón para dejar pasar la fecha límite.

### **¿Y si usted desea una apelación “rápida”?**

Las reglas sobre solicitar una apelación “rápida” son las mismas que las reglas sobre solicitar una decisión inicial “rápida”.

### **¿Cuán pronto nosotros debemos decidir sobre su apelación?**

Cuán rápido nosotros decidamos sobre su apelación depende del tipo de apelación:

1. Para una decisión estándar sobre un medicamento de la Parte D, que incluye una solicitud de reembolso de un medicamento de la Parte D que usted ya ha pagado y recibido.

Luego que nosotros recibimos su apelación, tenemos hasta 7 días calendarios para tomar una decisión, pero la tomaremos más pronto si así lo requiere su condición de salud. Si no le informamos sobre nuestra decisión dentro de 7 días calendarios, su solicitud automáticamente pasará al segundo nivel de apelación, donde una organización independiente revisará su caso.

2. Para una decisión rápida sobre un medicamento de la Parte D que usted no ha recibido.

Luego que nosotros recibimos su apelación, tenemos hasta 72 horas para tomar una decisión, pero la tomaremos más pronto si así lo requiere su condición de salud. Si no le informamos sobre nuestra decisión dentro de 72 horas, su solicitud automáticamente pasará al Nivel de Apelación 2, donde una organización independiente revisará su caso.

### **¿Qué sucede luego si nosotros decidimos completamente a su favor?**

1. Para una decisión sobre reembolso de un medicamento de la Parte D, que usted ya pagó y recibió. Debemos enviarle el pago no más tarde de 30 días calendarios luego de nosotros haber recibido su solicitud para reconsiderar nuestra decisión inicial.

2. Para una decisión estándar sobre un medicamento de la Parte D que usted no ha recibido.

Nosotros debemos autorizar o proveerle a usted con un medicamento de la Parte D que usted ha solicitado tan pronto como su salud lo requiera, pero no más tarde de 7 días calendarios luego de nosotros haber recibido su apelación.

3. Para una decisión rápida sobre un medicamento de la Parte D que no ha recibido.

Nosotros debemos autorizar o proveerle a usted con un medicamento de la Parte D que usted ha solicitado dentro de las 72 horas de recibir su apelación o más pronto, si su salud pudiera estar afectada por esperar mucho tiempo.

¿Qué sucede si denegamos cualquier parte de su apelación, usted o su representante autorizado tiene el derecho de solicitar a una organización independiente revisar su caso. Esta organización independiente de revisión está contratada por el gobierno federal y no es parte de First+Plus.

