

## Información sobre apelaciones de reclamaciones a la *Oficina Federal de Gerencia de Personal (OPM)*

La [Sección 3](#) y la [Sección 7](#) del folleto explican como someter una reclamación con nosotros. La [Sección 8](#) del folleto de su Plan explica sus derechos a solicitarnos que reconsideremos nuestra decisión sobre su reclamación y cómo solicitarle a la Oficina Federal de Gerencia de Personal (OPM, por sus siglas en inglés) una reevaluación de nuestra decisión. La información que se presenta a continuación informa sus derechos bajo el proceso de reclamaciones disputadas.

### Apelaciones Inmediatas

Nuestro proceso de reclamaciones, según establece su folleto del Plan, requiere cumplimiento con las reglas establecidas bajo el *Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)*, por sus siglas en inglés). Si usted entiende que nosotros hemos violado nuestros procesos de reclamaciones o procesos de apelación, o que nuestros procesos son deficientes, usted puede apelar inmediatamente a la OPM. No obstante, si OPM determina que nosotros estamos en “cumplimiento sustancial” con estas reglas, OPM puede rechazar su apelación inmediata. Nosotros estaremos en “cumplimiento sustancial” si nuestro fallo o violación es 1) mínimo; 2) no-prejuiciado, 3) tributable a buena causa o situaciones fuera de nuestro control; 4) parte de intercambio continuo de información de buena fe; y 5) no parte de un patrón de incumplimiento.

Usted tiene el derecho, por petición escrita, a una explicación de nuestra base para afirmar que nuestros procedimientos son de cumplimiento sustancial. Usted puede escribir a Triple-S Salud, P.O. Box 363628, San Juan, PR 00936-3628.

Si OPM rechaza su petición de revisión inmediata basándose en que nosotros cumplimos con lo establecido, usted mantiene el derecho de resometer su reclamación y apelar a través de nuestros procesos de reclamaciones y apelaciones, detallados en su folleto del Plan.

Usted puede enviar una apelación a OPM al:  
United States Office of Personnel Management,  
Healthcare and Insurance, (HI) 2  
1900 E Streets, NW, Washington, DC 20415-3610.

Nota: Si a usted le interesa que OPM evalúe más de una reclamación, usted debe identificar claramente cuales documentos aplican a cada reclamación.

Nota: Si alguien aparte de usted tal como un proveedor médico, desea someter una reclamación en disputa en representación suya a OPM, debe incluir una copia de su consentimiento escrito con la solicitud de evaluación. Sin embargo, para reclamaciones de cuidado urgente un profesional de la salud puede actuar como su representante autorizado sin su consentimiento expreso.

### Periodos de tiempo para reclamaciones

La [Sección 3](#) y la [Sección 7](#) del folleto explican como someter una reclamación con nosotros. Se nos requiere cumplir con los tiempos establecidos para reclamaciones sometidas, según detallado en las secciones 3 y 7 de su folleto del Plan, o usted puede apelar inmediatamente a OPM según explicado arriba. Cualquier periodo de tiempo para determinaciones de beneficios o apelaciones que aparece en el folleto comienza en el momento en que se somete una reclamación de beneficios o una apelación de acuerdo a estos procedimientos, sin tomar en cuenta si recibimos o no toda la información necesaria. Si la información que necesitamos para tomar una decisión sobre su reclamación no está incluida, nosotros podríamos solicitar una extensión y solicitarle la información específica que necesitamos para tomar la decisión. En tales casos, el periodo para tomar la

determinación podría atrasarse.

Nota: Los tiempos límites en la Sección 8 del folleto del Plan todavía aplican a su reclamación, pero estos tiempos límites pueden extenderse si usted demuestra que no pudo cumplir con el tiempo establecido por razones fuera de su control.

## **Revisión total y justa**

Usted o su [representante autorizado](#) tienen el derecho de solicitar una reconsideración de nuestra decisión sobre una reclamación, según descrito en la [Sección 8](#) del folleto del Plan. Para ayudarle a preparar su apelación, usted puede hacer una cita con nosotros para revisar y copiar, libre de cargos, todos los materiales relevantes y documentos del Plan bajo nuestro control relacionados con su reclamación. Estos podrían incluir aquellos que envuelvan cualquier evaluación de su reclamación que hayan hecho expertos. Para hacer su petición, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente escribiendo a: Triple-S Salud, P.O. Box 363628, San Juan, PR 00936-3628 o llamando 787-774-6060 (TTY 787-792-1370).

Se nos requiere que le proveamos, libre de cargos y dentro de un tiempo razonable, cualquier evidencia nueva o adicional que hayamos considerado, de la cual dependimos o que generamos o se generó por instrucciones nuestras relacionada a su reclamación. También le proveeremos, libre de cargos y con prontitud cualquier nueva razón fundamental relacionada a su reclamación. Le proveeremos esta información con suficiente antelación a la fecha en la cual se nos requiere que le proveamos nuestra decisión de reconsideración para permitirle un tiempo razonable para contestar antes de esa fecha. Identificaremos para usted cualquiera de los expertos médicos o vocacionales cuyo consejo hayamos obtenido en relación a la decisión inicial.

Nuestra reconsideración tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, expedientes, y cualquier otra información que usted someta sometida relacionada a la reclamación, sin tomar en cuenta si tal información fue o no sometida o considerada en la determinación inicial.

Cuando nuestra decisión inicial se basa (en parte o en su totalidad) en una opinión médica (ej. Necesidad médica, si el proceso es experimental/investigativo, etc.), consultaremos con un profesional del cuidado de la salud que tenga el adiestramiento y la experiencia adecuada en el campo de la medicina envuelto en la opinión médica y que no tuvo participación en la toma de la decisión inicial.

## **Evitando conflicto de intereses**

Nuestra decisión de reconsideración no le dará importancia a la decisión inicial y la llevará a cabo un representante del plan que no será la persona que tomó la decisión inicial que es objeto de la reconsideración, ni ningún subalterno de esa persona.

No tomaremos ninguna decisión sobre contratación, compensación, despido de empleo, promoción o algún asunto similar respecto a cualquier individuo (tal como adjudicador de reclamaciones o experto medico) en base a la posibilidad que la persona apoyará la denegación de beneficios.

Si no cumplimos sustancialmente con estos requisitos, usted puede apelar inmediatamente a OPM según explicado arriba.

## **Requisitos de notificación**

Nosotros debemos tener notificaciones disponibles a usted en cualquier lenguaje donde 10 por ciento o más de la población de su comunidad habla el mismo lenguaje que no sea inglés según sea determinado por el Secretario de Salud y Servicios Humanos. Nosotros incluiremos en las versiones de inglés de todas las notificaciones, una declaración en el lenguaje aplicable claramente indicando como acceder servicios de lenguaje, incluyendo como solicitar copia de la notificación en el lenguaje aplicable. Adicionalmente, debemos proveer servicios de lenguaje oral (como servicios de asistencia al cliente por teléfono) que incluyen la contestación de preguntas en cualquier lenguaje aplicable y asistencia en el sometimiento de reclamaciones y apelaciones (incluyendo revisión externa) en cualquier lenguaje aplicable.

Cualquier notificación adversa de una determinación de beneficio o confirmando una determinación adversa de una reconsideración de determinación de beneficio que nosotros enviemos debe incluir información suficiente para identificar la reclamación envuelta (incluyendo la fecha de servicio, el proveedor de salud, la cantidad de la reclamación (si aplicable), y una declaración que describa la disponibilidad, según se solicite, del código de diagnóstico y su definición correspondiente, y el código de tratamiento y su definición correspondiente).

Si no cumplimos sustancialmente con estos requisitos, usted puede apelar inmediatamente a OPM según explicado arriba.

**POR FAVOR RECUERDE QUE NOSOTROS NO PODEMOS TOMAR DECISIONES RELACIONADAS A SITUACIONES DE ELEGIBILIDAD AL PLAN. POR EJEMPLO, NO PODEMOS DETERMINAR SI USTED O UN DEPENDIENTE ESTAN CUBIERTOS BAJO ESTE PLAN. LAS SITUACIONES SOBRE ELEGIBILIDAD DEBE TRAERLAS A LA ATENCIÓN DE SU PATRONO.**