

Guía del proceso de revisión de la calidad de la atención

¿De qué se trata esta guía?

Esta guía brinda más información acerca del proceso de revisión de la calidad de la atención de Medicare en Acentra Health.

¿Quien es Acentra Health?

Acentra Health tiene un contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) como una Organización para el Mejoramiento de Calidad de la atención centrada en el beneficiario y su familia (BFCC-QIO). Como un BFCC-QIO, Acentra Health revisa las quejas de atención de las personas con Medicare, así como las apelaciones por la terminación de servicios especializados y quejas de alta hospitalaria. Para más información, visite www.acentraqio.com.

¿Qué son las revisiones de calidad de la atención?

Acentra Health revisa los registros médicos del paciente y decide si la atención que recibió el paciente fue adecuada y si otros proveedores de atención médica darían la misma atención o tratamiento. Esto también se conoce como cumplir con el estándar de atención.

El objetivo de nuestra revisión es ayudar a los proveedores a brindar una mejor calidad de atención médica. Acentra Health enseña a los proveedores a cumplir con el estándar de atención y a brindar atención segura y efectiva.

Realizamos nuestras revisiones de acuerdo con las normas de Medicare y solo podemos revisar la atención brindada en los últimos tres años. Agradecemos la oportunidad de brindar este servicio para usted y esperamos que la información proporcionada sea útil.

Proceso de revisión: Qué esperar durante la revisión de su caso

Nombre del Revisor de Enfermería: _____

Número de Teléfono (con extensión): _____

Paso 1: Después de recibir su formulario de queja, le llamaremos por teléfono para hablar sobre sus preocupaciones. Si no podemos comunicarnos con usted dentro de cinco días de trabajo, le enviaremos una carta pidiéndole que nos llame. Si no podemos hablar con usted dentro de los 30 días calendario después del envío de la carta, cerraremos su caso. Puede reabrir el caso en cualquier momento llamándonos. Todo el proceso de revisión debería completarse en 4-6 semanas.

Paso 2: Durante la llamada telefónica, hablaremos sobre las preocupaciones que pueden y no pueden ser revisadas según las normas de Medicare. Le enviaremos una carta (llamada Notificación de Reconocimiento Inicial) con las preocupaciones. Puede solicitar cambios en sus preocupaciones hasta el momento en que su caso sea enviado a nuestro médico para su revisión.

Paso 3: Le pediremos a su proveedor sus registros médicos. Tienen 14 días calendario para enviarlos. Esto puede tardar más si se solicita más información o si los registros no se pueden leer. Le contactaremos por correo si hay retrasos con los registros médicos.

Paso 4: Un médico independiente revisará sus registros médicos y preocupaciones. Se utilizarán médicos de especialidad cuando es necesario. El médico de Acentra Health tiene 10 días calendario para finalizar la revisión y decidir si el proveedor cumplió con el estándar de atención.

Paso 5: Poco después de que se complete la revisión, le llamaremos con los resultados. Le enviaremos una carta con detalles sobre la revisión de la calidad de la atención.

Paso 6: Si no está de acuerdo con una decisión, tiene derecho a solicitar que otro médico independiente revise su caso. Esto se conoce como Reconsideración. Tiene tres días para informar a Acentra Health si desea una segunda revisión. Si solicita una, su caso será enviado a otro médico en el siguiente día de trabajo. Este médico tiene tres días para finalizar la revisión. Los proveedores también pueden solicitar una Reconsideración si no están de acuerdo con una decisión.

Paso 7: Le llamaremos con los resultados de la Reconsideración y le enviaremos una carta explicando las razones de la decisión del médico.

Paso 8: Si el proveedor no cumplió con el estándar de atención, Acentra Health ofrece educación al personal del proveedor. Algunos casos pueden ser enviados a otra organización para educación adicional del proveedor.

Sus Registros Médicos

- Nuestras decisiones se basan en los registros médicos enviados por el proveedor. Puede enviar información para ayudarnos a entender su preocupación, pero no será el factor principal en la decisión. Las normas de Medicare dicen que los registros médicos deben ser tomados como hechos. Acentra Health no puede decidir si los registros médicos tienen información que no es verdadera.
- Una Denegación Técnica ocurre cuando un proveedor no envía los registros médicos que Acentra Health solicitó. Medicare puede detener el pago por la atención relacionada con la revisión si un proveedor no los envía. Si esto sucede, se le informará por teléfono y por escrito. Este proceso a menudo resulta en que sus registros sean enviados. Su caso no se cierra si se envía una Denegación Técnica.

Revisor médico

- No se brinda el nombre del médico revisor. El Director Médico de Acentra Health, el Dr. Jessica Whitley MD, MBA, firma todas las cartas. Sin embargo, no realiza las revisiones ni conoce su caso.

Presentar una Queja para Otra Persona

- Si usted está presentando un reclamo sobre el cuidado brindado a un tercero, solicitaremos más información. Esto permite a Acentra Health proteger la información de salud de la persona a la cual usted representa, lo que es muy importante para nosotros. Esto le permitirá obtener los resultados de la revisión o tomar decisiones sobre cómo se hará. Si presenta un reclamo en nombre de un beneficiario vivo, debe presentar un formulario de Autorización de Representación firmado. Si presenta un reclamo en nombre de un beneficiario fallecido, necesitamos una copia del testamento en donde se le nombra a usted como ejecutor, o los documentos de un tribunal de justicia donde se le nombra a usted como representante después de la muerte, según las leyes del estado del beneficiario.

¿Cómo contactar a Acentra Health?

- Puede enviar un correo electrónico a Acentra Health a Beneficiary.complaints@acentra.com.
- Puede enviar un fax a Acentra Health a 1-844-266-3208.
- Puede llamar a Acentra Health mediante nuestro número de teléfono gratuito. Ese número se basa en el estado en donde se llevó a cabo la atención médica.

Región 1	Región 4	Región 6	Región 8	Región 10
Connecticut Maine Massachusetts New Hampshire Rhode Island Vermont	Alabama Florida Georgia Kentucky Mississippi North Carolina Tennessee South Carolina	Arkansas Louisiana Oklahoma New Mexico Texas	Colorado Montana North Dakota South Dakota Utah Wyoming	Alaska Idaho Oregon Washington
888-319-8452	888-317-0751	888-315-0636	888-317-0891	888-305-6759