
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 Kepro.

¿Qué es Kepro?

Kepro 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 una BFCC-QIO, Kepro revisa la calidad de las quejas de atención de las personas con Medicare, así como las apelaciones de servicio especializado y de alta. Conozca más en www.keproqio.com.

¿Qué son las revisiones de calidad de la atención?

Kepro revisa la historia clínica del paciente y decide si la atención que recibió fue adecuada y si otros proveedores de atención médica brindarían la misma atención o el mismo tratamiento. Esto también se conoce como cumplimiento del estándar de atención.

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

Realizamos nuestras revisiones de acuerdo con los lineamientos de Medicare y solo se puede revisar la atención brindada en los últimos tres años. Valoramos la oportunidad de ofrecerle este servicio y esperamos que la información que brindamos sea de utilidad.

Proceso de revisión: qué puede esperar durante la revisión de su caso

Nombre de pila del revisor de enfermería: _____

Número de teléfono (con interno): _____

Paso 1: después de recibir su formulario de reclamo, nos comunicaremos por teléfono para conversar acerca de sus inquietudes. Si no podemos encontrarlo durante cinco días hábiles, le enviaremos una carta pidiéndole que se comunique con nosotros. Si no podemos hablar con usted en 30 días calendario después del envío de la carta, cerraremos su caso. Puede reabrir su caso en cualquier momento comunicándose con nosotros. El proceso de revisión completo debe realizarse en 4 a 6 semanas.

Paso 2: durante la llamada telefónica, hablaremos acerca de cuáles inquietudes pueden revisarse y cuáles no sobre la base de los lineamientos de Medicare. Le enviaremos una carta (denominada Notificación de acuse de recibo inicial) con las inquietudes. Puede solicitar que se realicen cambios en sus inquietudes hasta el momento en que su caso se envíe a nuestro médico para su revisión.

Paso 3: pediremos a su proveedor que nos haga llegar su historia clínica. Tiene 14 días calendario para enviarla. Esto puede demorar más si se pide más información o si las historias clínicas no se pueden leer. Nos pondremos en contacto con usted por correo si hay demoras con la historia clínica.

Paso 4: un médico independiente revisará su historia clínica y sus inquietudes. Participarán médicos especialistas si fuera necesario. El médico de Kepro tiene 10 días calendario para completar la revisión y decidir si el proveedor cumplió con el estándar de atención.

Paso 5: poco después de realizada la revisión, lo llamaremos para comunicarle los resultados. Le enviaremos una carta por correo con los detalles de la revisión de la calidad de atención.

Paso 6: si usted no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a pedir que otro médico independiente revise su caso. Esto se conoce como reconsideración. Tiene tres días para hacer saber a Kepro que desea una segunda revisión. Si pide una nueva revisión, su caso se enviará a otro médico al siguiente día hábil. Este médico tiene tres días para completar la revisión. Los proveedores también pueden pedir una reconsideración si no están de acuerdo con una decisión.

Paso 7: lo llamaremos para comunicarle los resultados de la reconsideración y le enviaremos una carta en donde se le explicarán los motivos de la decisión del médico.

Paso 8: si el proveedor no cumple con el estándar de atención, Kepro ofrece educación para el personal del proveedor. Algunos casos se pueden enviar a otra organización para recibir más educación para el proveedor.

Su historia clínica

- Nuestras decisiones se basan en la historia clínica enviada por el proveedor. Puede enviar otra información que nos ayude a comprender su inquietud, pero no será un factor decisivo en la decisión. Los lineamientos de Medicare establecen que las historias clínicas deben tomarse como un hecho. Kepro no puede decidir si las historias clínicas tienen información que no es verdadera.
- Cuando un proveedor no envía la historia clínica que Kepro pidió, se produce un rechazo técnico. Medicare puede detener el pago de la atención médica que está relacionada con la revisión si un proveedor no envía la historia clínica. Si esto sucede, se lo comunicaremos por teléfono y por escrito. Con frecuencia, este proceso tiene como resultado el envío de su historia clínica. Su caso no está cerrado si se envía un rechazo técnico.

Revisores del médico

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

Presentación de un reclamo para un tercero

- Si usted está presentando un reclamo sobre el cuidado brindado a un tercero, solicitaremos más información. Esto permite a Kepro 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 lo nombre a usted como ejecutor, o los documentos de un tribunal de justicia donde se lo nombre a usted como representante después de la muerte, según las leyes del estado del beneficiario.

¿Cómo contactar a Kepro?

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

Región 1 Connecticut Maine Massachusetts New Hampshire Rhode Island Vermont	Región 4 Alabama Florida Georgia Kentucky Mississippi Carolina del Norte Tennessee Carolina del Sur	Región 6 Arkansas Luisiana Oklahoma Nuevo México Texas	Región 8 Colorado Montana Dakota del Norte Dakota del Sur Utah Wyoming	Región 10 Alaska Idaho Oregón Washington
888-319-8452	888-317-0751	888-315-0636	888-317-0891	888-305-6759