

INFORMACIÓN PARA LOS PARTICIPANTES ACERCA DEL PROCESO DE APELACIÓN

Cuando On Lok PACE decide no cubrir o pagar por un servicio que usted quiere, puede tomar medidas para cambiar nuestra decisión. La acción que usted toma, ya sea verbalmente o por escrito, se llama “**apelación**”. Usted tiene derecho a apelar cualquier decisión que hayamos tomado de denegar, reducir o suspender lo que cree que son servicios cubiertos o de pagar servicios que usted cree que estamos obligados a pagar.

Recibirá información por escrito del proceso de apelaciones cuando se inscriba, al menos una vez al año después de eso, y en cualquier momento que el equipo interdisciplinario deniegue una solicitud de servicios o de pago de servicios.

Procesos de apelaciones estándar y aceleradas: Hay dos tipos de procesos de apelaciones: estándar y acelerada. Ambos procesos se describen abajo.

Si solicita una **apelación estándar**, su apelación debe presentarse en el plazo de ciento ochenta (180) días calendario después de la fecha en que su solicitud de servicio o pago de servicio fue denegada, reducida o detenida. Esta es la fecha que aparece en el Aviso de acción para solicitar un servicio o pago. (El límite de 180 días puede extenderse por causa justificada). Responderemos a su apelación tan rápido como sea necesario para su salud, pero a más tardar treinta (30) días calendario después de recibir su apelación.

Si cree que su vida, salud o capacidad para recuperarse o mantenerse bien está en peligro sin el servicio que quiere, usted o cualquier médico de atención directa puede pedir una **apelación acelerada**. Decidiremos automáticamente sobre su apelación tan pronto como sea necesario para su salud, pero a más tardar setenta y dos (72) horas después de recibir su solicitud de apelación acelerada. Podemos extender este plazo hasta catorce (14) días calendario si usted pide la extensión o si justificamos ante el Departamento de Servicios de Atención Médica de California la necesidad de obtener más información y cómo la demora lo beneficia.

Nota: Si tiene Medi-Cal y el motivo de su apelación es que On Lok PACE decidió reducir o suspender los servicios que ya estaba recibiendo, usted puede elegir si solicita que se continúen recibiendo los servicios en conflicto hasta que se complete el proceso de apelaciones. Si se mantiene nuestra decisión inicial de reducir o suspender los servicios, es posible que usted sea económicamente responsable del pago de los servicios en conflicto prestados durante el proceso de apelaciones.

La información de abajo describe el proceso de apelaciones que usted o su representante deben seguir en caso de que usted o su representante quieran presentar una apelación:

1. Si On Lok PACE deniega un servicio o pago por un servicio que usted o su representante han solicitado o reduce o suspende un servicio que ya estaba recibiendo, puede apelar la decisión. Se le proporcionará un aviso por escrito a usted o

a su representante que explicará el motivo de la denegación de su solicitud de servicio o solicitud de pago, y también recibirá un aviso verbal.

2. Puede presentar su apelación verbalmente, en persona o por teléfono, o por escrito con el personal de su centro PACE. El miembro del personal se asegurará de que se le proporcione información por escrito sobre el proceso de apelaciones, y de que su apelación esté debidamente documentada. Usted deberá proporcionar información completa de su apelación, para que el personal adecuado pueda ayudar a resolver su apelación oportuna y eficientemente. Si necesita más información, nuestro Departamento de Servicios del Plan de Salud se comunicará con usted y lo ayudará a obtener la información faltante.
3. Si quiere presentar su apelación por teléfono, puede comunicarse con nuestro Departamento de Servicios del Plan de Salud llamando al **415-292-8895**, o a nuestro teléfono de llamada sin costo al **1-888-995-6565**, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., para solicitar un formulario de apelación o para recibir asistencia para presentar una apelación. Para las personas con discapacidad auditiva (TTY), llame al **711**.
4. Si quiere presentar su apelación por escrito, pida a un miembro del personal un formulario de apelación. Envíe su apelación por escrito a:

On Lok PACE
Health Plan Services Department
1333 Bush Street
San Francisco, CA 94109

5. Se le enviará un acuse de recibo por escrito de su apelación en el plazo de cinco (5) días hábiles para una apelación **estándar**. Para una apelación **acelerada**, le avisaremos a usted o a su representante en el plazo de un (1) día hábil por teléfono o en persona que se ha recibido la solicitud de apelación acelerada.
6. La reconsideración de la decisión de On Lok PACE la harán personas que no participen en el proceso inicial de toma de decisiones en consulta con el equipo interdisciplinario y que no tengan interés en el resultado de su apelación. Usted y cualquier persona que lo ayude con su apelación pueden presentar o enviar hechos pertinentes o pruebas para su revisión, tanto en persona como por escrito.
7. Una vez que On Lok PACE complete la revisión de su apelación, se les avisará a usted y a su representante por escrito de la decisión sobre su apelación. Según sea necesario y dependiendo del resultado de la decisión, On Lok PACE le informará a usted y a su representante de otros derechos de apelación que pueda tener si la decisión no es a su favor. Consulte la información que se describe abajo:

La decisión sobre su apelación:

Si decidimos completamente a su favor, estamos obligados a proporcionar o coordinar los servicios tan pronto como sea necesario para su condición médica. **Si decidimos completamente a su favor** en una solicitud de **pago**, estamos obligados a hacer el pago

solicitado en el plazo de sesenta (60) días calendario después de recibir su solicitud de apelación.

Si no decidimos completamente a su favor, le proporcionaremos un aviso por escrito que incluirá los motivos específicos de la denegación, por qué el servicio no mejoraría o mantendría su salud general, su derecho a apelar la decisión y una descripción de sus derechos de apelación externa mediante el programa Medicare o Medi-Cal (**vea abajo Más derechos de apelación**). También estamos obligados a avisar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid federales y al Departamento de Servicios de Atención Médica de California.

Más derechos de apelación según Medi-Cal y Medicare

Si On Lok PACE toma una decisión que no está completamente a su favor, usted tiene más derechos de apelación llamados derechos de apelación externa. Una apelación externa implica una revisión nueva e imparcial de su solicitud de apelación mediante el programa Medicare o Medi-Cal. Si está inscrito tanto en **Medicare como en Medi-Cal**, puede elegir qué proceso de apelaciones quiere usar. Si no está seguro de en qué programa está inscrito, pregúntenos. Podemos explicarle en qué difieren los procesos y cuál sería más apropiado. La apelación externa solo puede hacerse a uno u otro (Medicare o Medi-Cal), pero no a ambos. También enviaremos su apelación al programa externo apropiado para su revisión si así lo quiere.

Los procesos de apelaciones externas de Medicare y Medi-Cal se describen abajo.

Proceso de apelaciones externas de Medi-Cal

El **programa Medi-Cal** hace su siguiente nivel de apelación mediante el proceso de audiencia estatal.

Si está inscrito **tanto en Medicare como en Medi-Cal O solo en Medi-Cal** y elige apelar nuestra decisión usando el proceso de apelaciones externas de Medi-Cal, enviaremos su apelación al Departamento de Servicios Sociales de California (California Department of Social Services). En cualquier momento durante el proceso de apelaciones, puede solicitar una audiencia estatal mediante:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430
Teléfono: 1-800-952-5253
Fax: 916-229-4410
TTY: 1-800-952-8349

Si elige solicitar una audiencia estatal, debe solicitarla en el plazo de noventa (90) días calendario a partir de la fecha de la decisión del revisor externo.

Si la decisión no es a favor de su apelación, hay otros niveles de apelación y lo ayudaremos a presentar su apelación.

Proceso de apelaciones externas de Medicare

El **programa Medicare** contrata a una “Entidad de revisión independiente” (Independent Review Entity, IRE) para proporcionar una revisión externa de apelaciones relacionadas con los programas PACE. Esta entidad de revisión opera completamente independiente de On Lok PACE.

Si está **inscrito tanto en Medicare como en Medi-Cal O solo en Medicare** y elige apelar nuestra decisión usando el proceso de apelaciones externas de Medicare, enviaremos su apelación a la IRE para que la revise imparcialmente. Se debe presentar una solicitud de reconsideración por escrito ante la IRE en el plazo de sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de la decisión por parte del revisor imparcial de la apelación interna. La IRE se comunicará con nosotros con los resultados de su revisión. La IRE mantendrá nuestra decisión original o cambiará nuestra decisión y fallará a su favor.

Para obtener más información sobre el proceso de apelaciones o para solicitar formularios, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios del Plan de Salud llamando al **415-292-8895**, o a nuestro teléfono de llamada sin costo al **1-888-995-6565**, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., para solicitar un formulario de apelación o para recibir asistencia para presentar una apelación. Para las personas con discapacidad auditiva (TTY), llame al **711**.

Proceso de revisión médica independiente (IMR) del Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada de California opera un proceso de revisión médica independiente (IMR) para aquellos inscritos en un plan de servicios de atención médica que **NO** están inscritos en Medicare (uno está “inscrito en Medicare” si está inscrito en Medicare y Medi-Cal o está inscrito en Medicare solamente). Si usted es elegible para una IMR, On Lok PACE le proporcionará una descripción por escrito por separado de sus derechos según este programa.

“El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan médico, primero debe llamar a su plan médico al **415-292-8895** o al **1-888-996-6565 (TTY: 711)** y usar el proceso de quejas de su plan médico antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de quejas no prohíbe ningún derecho o recurso legal potencial que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja formal que incluya una emergencia, una queja formal que no ha resuelto satisfactoriamente su plan médico o una queja formal que no se ha resuelto en más de 30 días, puede llamar al departamento para pedir asistencia. También puede ser elegible para una Revisión médica independiente (IMR). Si es elegible para IMR, el proceso de IMR hará una revisión imparcial de las decisiones médicas que tomó el plan médico sobre la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación y conflictos por pagos de servicios médicos de emergencia y urgentes. El departamento también tiene un teléfono de llamada sin costo (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidades auditivas y del habla. El sitio web del departamento **<http://www.dmhc.ca.gov>** tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.”