

## INFORMACIÓN PARA LOS PARTICIPANTES ACERCA DEL PROCESO DE APELACIÓN

Cuando On Lok PACE decida no cubrir o pagar un servicio que usted desea, puede tomar medidas para cambiar nuestra decisión. Esta medida, ya sea verbalmente o por escrito, se llama una “**apelación**.” Puede hacer su apelación llamando al 415-292-8895, o a nuestro número de teléfono gratuito al 1-888-996-6565 (TTY: 711), o escribiendo a nuestro Departamento de Servicios del Plan de Salud (1333 Bush Street, San Francisco, CA 94109).

A continuación hay una descripción de nuestro proceso de apelación. Aportamos la definición de lo que es una apelación, el proceso de apelaciones regulares y urgentes, las clases de decisiones que pueden tomarse en una apelación y, finalmente, lo que sucede una vez que la decisión final es tomada.

**Definición:** Una apelación es una acción tomada por un miembro respecto a la decisión de nuestra organización de no cubrir o no pagar un servicio, lo que incluye denegaciones, reducciones o la cancelación de los servicios.

Recibirá información escrita sobre el proceso de apelaciones cuando se inscriba y luego de forma anual, y también cada vez que On Lok PACE deniegue una solicitud de servicios o pago. Tiene derecho a presentar una apelación si denegamos, aplazamos o modificamos su solicitud de un servicio o pago de un servicio. Puede presentar una apelación tanto en forma oral como escrita. La reevaluación de nuestra decisión será llevada a cabo por personas que no estén involucradas en el proceso de toma de decisiones inicial. Nos aseguraremos de que estas personas sean imparciales y de que cuenten con las acreditaciones adecuadas para tomar una decisión acerca de la necesidad de los servicios en cuestión. Usted o su representante pueden presentarnos o enviarnos datos relevantes o evidencia para que se revisen, ya sea en persona o por escrito.

**Procesos de apelaciones estándares y aceleradas:** Existen dos tipos de procesos de apelaciones: el proceso de apelaciones estándares y el proceso de apelaciones aceleradas. A continuación describimos ambos procesos.

Si usted solicita una **apelación estándar**, su apelación debe presentarse en los ciento ochenta (180) días calendario posteriores a la fecha en la que su servicio o pago del servicio haya sido denegado, aplazado o modificado. Ésta es la fecha que aparece en el “Aviso de acción para solicitar un servicio o pago” (Notice of Action for Service or Payment Request, NOA, por sus siglas en inglés). (El límite de 180 días puede extenderse por una buena causa). En los cinco (5) días calendario posteriores a la recepción de su apelación, On Lok PACE confirmará por escrito la recepción de dicha apelación. Enviaremos una decisión sobre su apelación tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero a más tardar treinta (30) días calendario después de la recepción de su apelación.

Si usted considera que su vida, salud o capacidad de recuperación puede verse perjudicada en caso de no recibir el servicio que desea, usted o su proveedor de atención primaria

pueden solicitar una **apelación acelerada**. Si algún proveedor de atención primaria solicita una apelación acelerada para usted o le brinda apoyo para solicitar una, tomaremos una decisión sobre su apelación automáticamente tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero a más tardar setenta y dos (72) horas después de la recepción de su solicitud de apelación. Es posible que extendamos este plazo hasta catorce (14) días si usted solicita una extensión o si nosotros justificamos la necesidad de recibir más información ante el Departamento de Servicios de Atención Médica de California y explicamos cómo se beneficiaría usted con esta demora.

Si usted solicita una **apelación acelerada** sin el apoyo de un proveedor de atención primaria, nosotros decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos una decisión acelerada. Si decidimos denegar una **apelación acelerada**, se lo informaremos en un plazo de setenta y dos (72) horas. En este caso, su apelación se considerará una apelación estándar.

*Nota: En caso de que usted decida continuar recibiendo los servicios hasta que se complete el proceso de apelaciones, On Lok PACE continuará brindando los servicios en cuestión. Si se mantiene nuestra decisión inicial de NO cubrir o de reducir los servicios, usted será responsable del pago de los servicios disputados durante el proceso de apelaciones.*

**La información que aparece a continuación describe los pasos a seguir del proceso de apelaciones en caso de que usted o su representante deseen presentar una apelación:**

1. Si usted o su representante solicitaron un servicio o el pago de un servicio y On Lok PACE deniega, aplaza o modifica la solicitud, usted puede apelar la decisión. Le enviaremos un “*Aviso de acción para solicitar un servicio o pago*” (Notice of Action for Service or Payment Request, NOA, por sus siglas en inglés) por escrito a usted o a su representante, donde se expliquen los motivos de la denegación, el aplazamiento o la modificación de su solicitud de servicio o de pago.
2. Puede presentar su apelación verbalmente, en persona, por teléfono o por escrito con cualquier miembro del Equipo Interdisciplinario del centro al que asiste. El miembro del personal se asegurará de que se le proporcione información por escrito sobre el proceso de apelaciones y de que su apelación se documente en el formulario adecuado. Es necesario que proporcione información completa de su apelación para que el miembro indicado del personal pueda ayudarle a resolver su apelación de manera rápida y eficiente. Usted o su representante pueden presentarnos o enviarnos datos relevantes o evidencia para que se revisen, ya sea en persona o por escrito, a la dirección que aparece a continuación. Si se necesita más información, será contactado por nuestro Departamento de Servicios del Plan de Salud o un miembro del Equipo Interdisciplinario del centro al que asiste, quien lo ayudará a obtener la información que falta.
3. Si desea hacer su apelación por teléfono, puede comunicarse con el Departamento de Servicios del Plan de Salud al **415-292-8895** o a nuestro número de teléfono gratuito al **1-888-996-6565 (TTY: 711)** para solicitar un formulario de apelación y recibir ayuda para presentar una apelación.
4. Si desea hacer su apelación por escrito, pida un formulario de apelación a un miembro del personal. Envíe su apelación por escrito a:

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

5. Recibirá un acuse de recibo de su apelación en un plazo de cinco (5) días hábiles en caso de que presente una apelación estándar. En caso de que presente una apelación acelerada, nos comunicaremos con usted o con su representante por teléfono o en persona en un plazo de un (1) día hábil para avisarle que recibimos la solicitud de la apelación acelerada.
6. La reevaluación de la decisión de On Lok PACE será llevada a cabo por personas que no estén involucradas en el proceso de toma de decisiones inicial con el asesoramiento del Equipo Interdisciplinario. Nos aseguraremos de que estas personas sean imparciales y de que cuenten con las acreditaciones adecuadas para tomar una decisión acerca de la necesidad de los servicios que usted solicitó.
7. Una vez que On Lok PACE haya terminado de revisar su apelación, le avisaremos por escrito a usted o a su representante sobre la decisión que se tomó sobre su apelación. Según sea necesario y de acuerdo con el resultado de la decisión, On Lok PACE le informará a usted o a su representante acerca de otros derechos de apelación a los que puede recurrir en caso de que la decisión no sea favorable para usted. Consulte la información que se describe a continuación.

#### **La decisión de su apelación:**

***Si decidimos completamente a su favor*** en una **apelación estándar** sobre la solicitud de un ***servicio***, debemos brindarle o coordinar los servicios tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero a más tardar treinta (30) días calendario a partir de la fecha de recepción de su solicitud de apelación. ***Si decidimos completamente a su favor*** en una solicitud de ***pago***, debemos realizar el pago solicitado en los sesenta (60) días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

***Si no decidimos completamente a su favor*** en una **apelación estándar** o si no le informamos la decisión en un plazo de treinta (30) días, tiene derecho a presentar una apelación externa a través del programa Medicare o Medi-Cal (***consulte la sección de Derechos de apelaciones adicionales a continuaciones***). Tenemos la obligación de avisarle tan pronto como hayamos tomado una decisión que no esté completamente a su favor y de notificar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid federales y al Departamento de Servicios de Atención Médica de California. Le informaremos por escrito sobre sus derechos de apelación, conforme a lo que establece Medicare o Medi-Cal, o ambos, sobre la atención administrada. Le ayudaremos a elegir qué derechos ejercer en caso de que correspondan los de ambos programas. Además, enviaremos su apelación a la revisión correspondiente.

***Si decidiéramos completamente a su favor*** en una **apelación acelerada**, debemos darle permiso para obtener el servicio o brindarle el servicio tan pronto como lo requiera su problema de salud, pero a más tardar setenta y dos (72) horas después de haber recibido su solicitud de apelación.

***Si no decidimos completamente a su favor*** en una **apelación acelerada** o si no le informamos de la decisión en un plazo de setenta y dos (72) horas, tiene derecho a presentar una apelación externa a través del programa de Medicare o Medi-Cal (**consulte la sección de Derechos de apelación adicionales a continuación**). Tenemos la obligación de avisarle tan pronto como hayamos tomado una decisión que no esté completamente a su favor y de notificar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid federales y al Departamento de Servicios de Atención Médica de California. Le informaremos por escrito sobre sus derechos de apelación, conforme a lo que establece Medicare o Medi-Cal, o ambos, sobre la atención administrada. Le ayudaremos a elegir qué derechos ejercer en caso de que correspondan los de ambos programas. Además, enviaremos su apelación a la revisión correspondiente.

### **Derechos de apelación adicionales derivados de Medi-Cal, Medicare o del Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care, DMHC)**

Si no decidimos a su favor en una apelación o no le informamos de la decisión dentro del plazo requerido, usted cuenta con derechos de apelación adicionales. Su solicitud para presentar una apelación externa puede realizarse de forma oral o escrita. El siguiente nivel de apelación implica una revisión nueva e imparcial de su solicitud de apelación a través del programa Medicare o Medi-Cal, o ambos, o del Departamento de Atención Médica Administrada de California.

El programa Medicare contrata a un “organización de revisión independiente” para proporcionar la revisión externa de las apelaciones relacionadas con los programas PACE. Esta organización de revisión es completamente independiente de nuestra organización de PACE.

El programa Medi-Cal lleva a cabo su siguiente nivel de apelación a través del proceso estatal de audiencias imparciales. Si es un miembro de Medi-Cal, puede apelar si el servicio solicitado o el pago del servicio es denegado, aplazado, modificado, retrasado, reducido o suspendido. Usted puede optar por seguir recibiendo estos servicios hasta que le informen la decisión final. Sin embargo, es posible que deba pagar el costo de estos servicios en caso de que la decisión no sea a su favor.

Si está inscrito tanto en **Medicare como en Medi-Cal**, le ayudaremos a elegir qué proceso de apelaciones debe seguir. Estamos obligados a enviar su apelación a la revisión correspondiente.

Si no está seguro de estar inscrito en Medicare o Medi-Cal, o en ambos, pregúntenos. A continuación, se describen los procesos de apelaciones externas de Medicare y Medi-Cal.

### **Proceso de apelaciones externas de Medi-Cal**

Si está inscrito **tanto en Medi-Cal como en Medicare O sólo en Medi-Cal**, y decide apelar nuestra decisión a través del proceso de apelaciones externas de Medi-Cal, le enviaremos su apelación al Departamento de Servicios Sociales de California. Puede solicitar una audiencia imparcial en cualquier momento durante el proceso de apelaciones hasta noventa (90) días después de la fecha de la decisión a través de:

California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430  
**Teléfono: 1-800-952-5253**  
**Fax: 833-281-0905**  
**TTY: 1-800-952-8349**

Si decide solicitar una audiencia estatal imparcial, debe solicitarla dentro de los noventa (90) días posteriores a la fecha de recepción del “Aviso de acción para solicitar un servicio o pago” (Notice of Action for Service or Payment Request, NOA, por sus siglas en inglés) para solicitar un servicio o pago a On Lok PACE.

Usted puede hablar en la audiencia estatal o alguien más puede hablar en representación suya, y esta persona puede ser alguien que conozca, como un familiar, amigo o abogado. Es posible que también pueda obtener ayuda jurídica gratuita. Cuando deneguemos, aplacemos o modifiquemos un servicio o el pago de un servicio, le proporcionaremos una lista de las oficinas de servicios jurídicos del condado en el que reside.

Si la decisión del juez de derecho administrativo (Administrative Law Judge, ALJ, por sus siglas en inglés) es a favor de su apelación, On Lok PACE seguirá las instrucciones del juez respecto al plazo para brindarle los servicios o el pago de los servicios que solicitó para una apelación estándar o acelerada.

Si la decisión del ALJ no es favorable a su apelación, tanto en el caso de una apelación estándar como en el de una apelación acelerada, existen otros niveles de apelación y nosotros le ayudaremos a llevar a cabo su apelación.

### **Proceso de apelaciones externas de Medicare**

Si está inscrito **tanto en Medicare como en Medi-Cal O solo en Medicare**, puede optar por presentar la apelación a través del proceso de apelaciones externas de Medicare. Enviaremos el expediente de su caso a la organización de revisión independiente de Medicare por usted. Actualmente, Medicare tiene un contrato con C2C Innovative Solutions, Inc. y Maximus Federal Services para que se encarguen de revisar de manera imparcial las apelaciones que tengan que ver con programas del PACE como el nuestro. La organización de revisión independiente de Medicare se comunicará con nosotros para brindarnos los resultados de su revisión. La organización de revisión independiente de Medicare podrá mantener nuestra decisión original o cambiará nuestra decisión y decidirá en su favor.

Puede comunicarse con C2C Innovative Solutions, Inc. para presentar apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare a través de:

C2C Innovative Solutions, Inc.  
P.O. Box 45309  
Jacksonville, FL 32232-5309  
**Teléfono: 833-919-0198**  
**Fax: 833-710-0580**

Puede comunicarse con Maximus Federal Services para presentar todas las demás apelaciones de servicios de PACE a través de:

Maximus Federal Services  
PACE Appeal Project  
3750 Monroe Avenue, Suite 702  
Pittsford, NY 14534-1302  
**Teléfono: 585-348-3300**  
**Fax: 585-425-5292**

### *Apelación externa estándar*

Puede solicitar una **apelación externa estándar** si denegamos su solicitud de un servicio no urgente o en caso de que no paguemos un servicio. En el caso de una apelación externa estándar, recibirá una decisión sobre su apelación dentro de los siguientes plazos:

- Siete (7) días calendario después de que la organización de revisión independiente de Medicare reciba su apelación por un medicamento de la Parte D de Medicare, o treinta (30) días calendario después de que la organización de revisión independiente de Medicare reciba su apelación por un servicio que no es un medicamento de la Parte D de Medicare.
- Catorce (14) días calendario después de que la organización de revisión independiente de Medicare reciba su apelación para el pago de un medicamento de la Parte D de Medicare, o sesenta (60) días calendario después de que la organización de revisión independiente de Medicare reciba su apelación para el pago de un servicio que no es Medicamento de la Parte D de Medicare.

La organización de revisión independiente de Medicare puede solicitar más tiempo para revisar una apelación por un servicio que no es un medicamento de la Parte D de Medicare, pero debe informarnos de su decisión en un plazo de catorce (14) días calendario.

**Si la decisión de la organización de revisión independiente de Medicare es a su favor** en el caso de una apelación estándar:

Si solicitó un servicio que no ha recibido, debemos brindarle el servicio tan pronto como lo requiera su condición de salud, pero a más tardar: (a) setenta y dos (72) horas después de que recibamos la decisión sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, o (b) catorce (14) días calendario después de recibir la decisión sobre un servicio que no es un medicamento de la Parte D de Medicare.

### **O BIEN**

Si solicitó el pago de un servicio que ya recibió, debemos pagar el servicio en un plazo de treinta (30) días calendario después de recibir la decisión.

### *Apelación externa acelerada*

Puede solicitar una **apelación externa acelerada** si considera que su salud estará en riesgo

si no recibe un servicio específico. En una apelación externa acelerada, enviaremos el expediente de su caso a la organización de revisión independiente de Medicare tan pronto como lo requiera su salud. La organización de revisión independiente de Medicare debe darnos una decisión en un plazo de setenta y dos (72) horas después de recibir la apelación. La organización de revisión independiente de Medicare puede solicitar más tiempo para revisar una apelación por un servicio que no es un medicamento de la Parte D de Medicare, pero debe informarnos de su decisión en un plazo de catorce (14) días calendario.

**Si la decisión de la organización de revisión independiente de Medicare es a su favor en el caso de una apelación acelerada:**

Debemos brindarle el servicio o hacer los arreglos para que reciba el servicio tan pronto como lo requiera su condición de salud, pero a más tardar: (a) veinticuatro (24) horas después de recibir la decisión sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, o (b) setenta y dos (72) horas después de recibir la decisión sobre un servicio que no es un medicamento de la Parte D de Medicare.

*Si la decisión de la organización de revisión independiente de Medicare no es a su favor en el caso de una apelación estándar o acelerada, existen más niveles de apelación y le ayudaremos a continuar con su apelación.*

### **Proceso de revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR) del Departamento de Atención Médica Administrada de California**

El Departamento de Atención Médica Administrada de California dirige un proceso de revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR, por sus siglas en inglés) para las personas que están inscritas a un plan de servicios de atención médica pero NO están inscritas a Medicare (uno está “miembro a Medicare” si está miembro a Medicare y Medi-Cal o si está miembro sólo a Medicare). Si cumple los requisitos para una IMR, On Lok PACE le brindará una descripción escrita por separado de sus derechos derivados de este programa.

“El Departamento de Atención Médica Administrada de California se encarga de regular los planes de servicios de atención médica. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, primero debe comunicarse por teléfono a su plan de salud al **415-292-8895** o al **1-888-996-6565** y utilizar el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse al departamento. Utilizar este procedimiento de quejas no excluye ningún derecho jurídico ni solución potencial que pudiera estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja que implique una emergencia, una queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una queja que continúe sin resolverse durante más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener asistencia. También es posible que reúna los requisitos para una revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR, por sus siglas en inglés). Si usted reúne los requisitos para una IMR, el proceso de la IMR brindará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud respecto a la necesidad desde el punto de vista médico de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones sobre la cobertura de tratamientos experimentales o de investigación, y disputas sobre el pago de servicios de emergencia o servicios médicos de urgencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea para TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidades auditivas o del habla. El sitio web del departamento,

<http://www.dmh.ca.gov>, cuenta con formularios de quejas, formularios de solicitud para una IMR e instrucciones en línea.”