

INFORMACIÓN PARA LOS PARTICIPANTES ACERCA DEL PROCESO DE APELACIÓN

Cuando On Lok Lifeways decide no cubrir o pagar un servicio que usted quiere, usted puede actuar para cambiar nuestra decisión. Las medidas que usted toma —sean orales o por escrito— se llaman una “**apelación**.” Puede hacer su apelación llamando al [415-292-8895, o para los sordos, (TTY) 415-292-8898] o escribiéndole a nuestro Encargado de 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 se define como una acción que toma el participante o bien el representante de un participante, respecto a la decisión de nuestra organización de no cubrir o no pagar por un servicio.

Usted recibirá información por escrito sobre el proceso de apelaciones cuando se inscriba y posteriormente de manera anual, así como cada vez que On Lok rechace una solicitud de servicios o pago. Usted tiene el derecho de presentar una apelación si nosotros le negamos su derecho a solicitar un servicio o pago por servicio. Usted puede apelar de manera verbal o por escrito. Una(s) persona(s) que no esté(n) involucrada(s) en el proceso inicial de toma de decisiones, será(n) quien(es) reconsidere(n) nuestra decisión. Nos aseguraremos que esta(s) persona(s) actúe(n) de manera imparcial y que tenga(n) la capacidad adecuada para tomar una decisión relativa a la necesidad de servicios que está cuestionándose. Usted o su representante pueden presentar o enviar evidencia o pruebas relevantes para su revisión, sea en persona o por escrito.

Procesos de Apelación Regular (o estándar) y Urgente: Hay dos tipos de procesos de apelación: el regular y el urgente. A continuación describimos ambos procesos.

Si usted solicita una **apelación estándar**, su apelación debe de ser presentada dentro de los ciento ochenta días (180) de calendario de cuando usted solicita por servicio o pago de servicio que fue negado, aplazado o modificado. Esta es la fecha que aparece en el Aviso de Acción por Pedido de Servicio o Pago. (El límite de 180 días puede ser extendido por causa justificada). Responderemos a su apelación tan rápidamente como su salud lo exija, pero no más de 30 días desde que recibamos la apelación.

Si usted cree que su vida, salud o capacidad de sanar está en peligro sin el servicio que solicita, usted o cualquier médico pueden solicitar una **apelación urgente**. Si un médico pide una apelación urgente a su favor o le apoya en su solicitud de una, automáticamente tomaremos una decisión respecto a su apelación, tan prontamente como su salud lo requiera pero no más allá de las 72 horas después de que recibamos su solicitud. Podemos extender este lapso hasta 14 días si usted nos lo pidiera o si justificamos ante el Departamento de

Servicios de Salud de California la necesidad de más información y cómo el extender el plazo le puede beneficiar a usted.

Si usted solicita una **apelación urgente** sin el respaldo de un médico, nosotros decidiremos si sus condiciones de salud requiere que tomemos una decisión en un marco de urgencia. Si decidiéramos negarle una apelación urgente, se lo haremos saber en 72 horas. En este caso, su apelación será considerada como regular.

Nota: On Lok Lifeways continuará proveyendo el servicio(s) disputado si usted elige continuar recibiendo el servicio(s) hasta que el proceso de apelación sea completado. Si su decisión inicial de NO cubrir o reducir servicios es mantenida, usted puede financieramente ser responsable por el pago o disputa de servicio(s) proveídos durante el proceso de apelación.

La información aquí abajo describe el proceso de apelación que usted o su representante debe de seguir, si usted o su representante quisiera presentar una apelación:

1. Si usted o su representante ha solicitado un servicio o pago por un servicio y On Lok Lifeways niega, pospone o modifica su solicitud, usted puede apelar la decisión. Un “Aviso de Acción por Pedido de Servicio o Pago” escrito (siglas en Ingles NOA) le será provisto a usted y/ o a su representante que explicará la razón por la negación, pospuesta o modificación de su pedido de servicio o pedido de pago.
2. Usted puede presentar su apelación de forma verbal, en persona o por teléfono, también puede hacerlo por escrito con el personal del programa PACE del centro que usted asiste. La persona del personal estará segura que se le provee con la información escrita para el proceso de apelacion, y que su apelacion está documentada en la forma correspondiente. Usted necesitará proveer la información completa de su apelacion, para que la persona apropiada del personal pueda ayudarle a resolver su apelación a tiempo y de una manera eficiente. Usted o su representante pueden presentar o entregarnos, datos relevantes y/ o evidencia para la revisión, tanto en persona o por escrito a la dirección que se muestra aquí abajo. Si se necesitara más información, nuestro Asociado del Plan de Salud o un miembro del personal del programa de PACE del centro que usted participa, lo asistirá para obtener la información que hace falta.
3. Si desea presentar su apelacion por teléfono, tiene que contactarse con el Asociado del Plan de Salud llamando al 415-292-8895, o nuestro número telefónico sin cargo 1-888-996-6565, para solicitar una forma de apelación y/ o recibir asistencia para como completar una apelación. Para las personas con impedimento para escuchar, por favor llamar a TTY: 415-292-8898.
4. Si desea presentar una apelación por escrito, por favor solicite una forma de apelación a una persona del personal. Por favor envíe su apelación escrita a:

Health Plan Associate
On Lok Lifeways
1333 Bush Street
San Francisco, CA 94109

5. Se le enviará un acuso de recibo escrito de su apelación dentro de los cinco días (5) hábiles de trabajo, para una apelación estándar. Para una apelación acelerada, nosotros le notificaremos a usted o su representante en un (1) día hábil de trabajo, ya sea por teléfono o en persona, que su pedido para una apelación acelerada ha sido recibida.
6. La reconsideración de la decisión de On Lok Lifeways será hecha por una persona(s) no involucrada en el proceso de tomar la decisión inicial, junto con una consulta con el Equipo Interdisciplinario. Nosotros aseguraremos que esa persona(s), es imparcial y tiene las credenciales apropiadas, para tomar la decisión respecto a las necesidades del servicio que usted solicitó.
7. Luego de la finalización de la revisión de su apelación por On Lok Lifeways, se le notificará por escrito a usted o su representante de la decisión para su apelación. Como sea necesario y dependiendo del resultado de la decisión, On Lok Lifeways le informará a usted y/ o a su representante de los derechos de apelación que usted tiene, si la decisión no es a su favor. Por favor refierase a la información descrita aquí abajo:

La Decisión sobre su Apelación:

Si decidiéramos enteramente a su favor en una apelación regular (estándar) sobre su solicitud de un **servicio**, debemos dar permiso para que usted obtenga dicho servicio o bien dárselo tan rápidamente como su salud lo requiriese, pero no más allá de 30 días naturales a partir de la recepción de su solicitud de apelación. ***Si decidiéramos enteramente a su favor en una solicitud de pago***, debemos hacerle a usted el pago requerido dentro de los 60 días naturales a la recepción de su solicitud de apelación.

Si no decidiéramos a su favor en una apelación regular (estándar), ya sea total o parcialmente, o si no tomáramos la decisión en el lapso correcto, tiene usted el derecho a apelar externamente a través de los programas de Medicare o Medi-Cal (**vea Derechos Adicionales de Apelación, más abajo**). También estamos obligados a avisarle tan pronto como tomemos una decisión que no sea a su favor, así como al Centro Federal para Servicios de Medicare y Medicaid y al Departamento de Servicios de Salud de California. Le informaremos por escrito de sus derechos de apelación bajo el cuidado administrado de Medicare o Medi-Cal o de ambos inclusive. Le ayudaremos a elegir cómo proceder si esto aplicara a ambos sistemas. También expediremos su apelación al canal adecuado.

Si decidiéramos totalmente a su favor en una apelación urgente, debemos dar permiso para que usted obtenga o le demos el servicio tan rápidamente como su condición de salud lo demande, pero no más de 72 horas después de que hayamos recibido su solicitud para una apelación urgente.

Si no decidiéramos a su favor en una apelación urgente, ya sea entera o parcialmente, o si no se lo notificáramos en un lapso razonable (72 horas), usted tiene el derecho a un proceso de apelación externa bajo Medicare o Medicaid (**vea Derechos Adicionales de Apelación, más abajo**). También estamos obligados a avisarle tan pronto como tomemos una decisión que no sea a su favor, así como al Centro Federal para Servicios de Medicare y Medicaid y el Departamento de Servicios de Salud de California. Le informaremos por escrito de sus derechos de apelación bajo el cuidado administrado de Medicare o Medi-Cal o de

ambos inclusive. Le ayudaremos a elegir cómo proceder si esto aplicara a ambos sistemas. También expediremos su apelación al canal adecuado.

Derechos Adicionales de Apelación bajo Medi-Cal, Medicare o el Departamento de Administración de Cuidado de la Salud. (DMHC)

Si no decidimos a su favor en una apelación, usted tiene derechos adicionales de apelación. Su solicitud de presentar una apelación externa puede hacerse verbalmente o por escrito. El siguiente nivel de apelación implica una nueva revisión imparcial de su caso a través del programa Medicare o Medi-Cal, o ambos, o al Departamento de Administración de Cuidado de la Salud de California.

El programa Medicare subcontrata una "organización de revisión independiente" para contar con una inspección externa que abarque a programas PACE (Programa de Cuidados Totales para el Adulto Mayor, PACE por sus siglas en inglés) como nosotros. Esta organización de revisión es completamente independiente de nuestra organización PACE.

El programa de Medi-Cal conduce su próximo nivel de apelación a través del proceso de audiencias imparciales del estado. Si usted está inscrito(a) en Medi-Cal, usted puede apelar si quisiera concluir o reducir algún servicio que esté recibiendo. Hasta que no cuente con una decisión final, usted puede elegir continuar recibiendo dichos servicios. Sin embargo, usted puede tener que pagar por los mismos en caso de que nuestra decisión no le sea favorable.

Si usted está inscrito(a) en ambos **Medicare y Medi-Cal**, le ayudaremos a elegir qué proceso de apelación debiera usted seguir. También enviaremos su apelación a la instancia correcta.

Si no está seguro(a) de cuál programa es en el que está inscrito(a), pregúntenos. A continuación describimos los procesos externos de apelación de Medicare y Medicaid.

Procesos Externos de Apelación de Medi-Cal

Si usted está inscrito **tanto en Medi-Cal como en Medicare O BIEN solamente en Medi-Cal**, y elige apelar nuestra decisión usando el proceso de apelaciones externas de Medi-Cal, mandaremos su apelación al Departamento de Servicios Sociales para una Audiencia Estatal. Debe pedir una Audiencia Estatal dentro de los 90 días naturales de nuestra decisión a más tardar. También puede comunicarse con el Departamento de Audiencias Estatales por medio 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: 916-229-4410
TTY: 1-800-952-8349

Si eligió solicitar una audiencia imparcial Estatal, debe de solicitarla dentro de los noventa (90) de la fecha que recibió el Aviso de Acción (NOA) por Pedido de Servicio o Pago de On Lok Lifeways.

Puede hablar en la audiencia del Estado o tener a alguna otra persona que lo haga por usted, como ser alguien que usted conoce, incluyendo un familiar, amigo o abogado. También puede tener ayuda legal gratis. Nosotros le proveeremos con una lista de oficinas de Servicios Legales en el condado donde usted vivía cuando nosotros le negamos, modificamos o aplazamos un servicio o pago de un servicio.

Si la decisión del Juez que Administra la Ley (siglas en Ingles ALJ) está en favor de su apelación, On Lok Lifeways seguirá las instrucciones del juez, para una apelación estándar o acelerada, respecto al tiempo para proveerle con los servicios que solicitó o pagos por servicios.

Si la decisión de ALJ no está a favor de su apelación, ya sea para una apelación estándar o acelerada, hay más niveles de apelación y nosotros le ayudaremos a continuar con su apelación.

Procesos de Apelación Externa de Medicare

Si usted está **inscrito(a) en ambos Medicare y Medi-Cal o sólo en Medicare**, usted puede apelar utilizando los procesos externos de apelación de Medicare. Enviaremos su caso a la organización de revisión independiente de Medicare. Medicare subcontrata actualmente al Centro para la Resolución de Querellas de Salud (CHDR por sus siglas en inglés), para investigar imparcialmente las apelaciones que involucren a programas PACE como nosotros. El CHDR se pondrá el contacto con nosotros con el resultado de su revisión. El CHDR mantendrá nuestra decisión o bien la cambiará y dictaminará en favor suyo. Usted puede comunicarse al CHDR por medio de:

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

Apelación Estándar Externa

Usted puede pedir una **apelación estándar externa** si le negamos su pedido para servicios que no son urgentes o no pagamos por un servicio. Para una apelación estándar externa, tendrá una decisión para su apelación no más tarde, que dentro de los 30 días de calendario, después de su pedido de apelación.

Si la decisión de CHDR está a su favor para una apelación estándar:

Si usted solicitó un servicio que usted no ha recibido, nosotros debemos proveer el servicio tan pronto como su condición de salud lo requiera.

O

Si usted ha solicitado un pago por un servicio que ya ha recibido, nosotros debemos de pagar por el servicio.

Apelación Externa Acelerada

Usted puede solicitar una **apelación externa urgente** si cree que su salud estaría en peligro de no recibir un servicio específico. En una apelación externa urgente, enviaremos su caso al CHDR tan pronto como su salud lo exija. El CHDR nos debe dar una decisión dentro de las 72 horas siguientes en que reciban la apelación de parte nuestra. Si el CHDR solicita más tiempo para revisar la apelación, nos deben dar una decisión dentro de un plazo de 14 días calendario.

Si la decisión del CHDR fuera a su favor en una apelación urgente:

Debemos darle permiso para que obtenga o bien darle el servicio tan rápidamente como su estado de salud lo amerite.

Si la decisión del CHDR no fuera a su favor tanto en una apelación regular (estándar) o urgente, existen instancias más altas, y le orientaremos en cómo procurar su apelación si así fuera su elección.

Departamento de Atención Médica Administrada: Proceso de Inspección Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés)

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés) opera un Proceso de Inspección Médica Independiente (IMR) para aquellos inscritos de plan de servicio de atención médica que no están inscritos en Medicare (uno está “inscrito en Medicare” si está inscrito tanto en Medicare como en Medi-Cal o bien si está inscrito solamente en Medicare). Si es elegible para IMR, On Lok Lifeways le proveerá una descripción escrita separada de sus derechos bajo este programa.

“El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de la regulación de los planes de servicios de atención médica. Si usted tiene una queja en contra de su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **415-292-8895 o gratis al 1-888-996-6565** y usar su proceso de queja formal de su plan de salud antes de contactar al departamento. El uso de este procedimiento de queja no prohíbe cualquiera de los potenciales remedios o derechos legales que podrían estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja que involucra una emergencia, o una que no ha resuelto satisfactoriamente su plan de salud, o una que queda todavía sin resolver después de 30 días, puede llamar al departamento para que le provean ayuda. También podría ser elegible para la Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si usted reúne los requisitos para una IMR, el proceso de IMR proveerá una revisión imparcial de las decisiones médicas hechas por un plan de salud relacionadas a la necesidad médica del servicio o tratamiento propuesto, decisiones acerca de cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación, y disputas sobre pagos por servicios médicos de emergencia o urgentes. El departamento también tiene un número de teléfono gratis (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con problemas de audición y habla. El sitio en la Internet del departamento es **<http://www.hmohelp.ca.gov>** y tiene en línea formularios para quejas, solicitudes de IMR e instrucciones.”