

<IPA logo>

**AVISO DE ACCIÓN – CANCELACIÓN
Acerca de Su Solicitud de Tratamiento**

<<Date>>

<<Member Name>>
<<Address Line 1>> <<Address Line 2>>
<<City>>, <<ST>> <<Zip>>

<<Treating Provider's Name>>
<<Address>>
<<City,>> <<State>> <<Zip>>

Número de Identificación: <<Member ID Number>>; N.º de Caso: <<Insert case number>>

Asunto: <<Service to be terminated>>

Usted actualmente está recibiendo *[service to be terminated]*. Esta atención médica dejó de estar aprobada. *[Service to be terminated]* finalizará el *[date]*. Esto se debe a que *[Insert: 1. A clear and concise explanation of the reasons for the decision; 2. A description of the criteria or guidelines used, including a reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity]*.

<IPA> dejará de pagar esta atención médica el *[date]*.

Usted puede obtener copias gratuitas de toda la información utilizada para tomar esta decisión. Para ello, por favor, llame a <IPA> al <IPA Contact Information>.

Usted puede apelar esta decisión. La carta adjunta con información sobre “Sus Derechos” le indica cómo hacerlo. Además, le informa cómo puede obtener ayuda gratuita, que puede ser ayuda legal gratuita. Usted puede enviar cualquier tipo de información que podría ser útil para su caso. La carta de “Sus Derechos” le indica cuál es el último día en el que usted puede solicitar una apelación.

La “Oficina del Defensor de los Beneficiarios” de la Atención Médica Coordinada de Medi-Cal del Estado puede responder las preguntas que usted tenga. Usted puede llamar a la oficina al **1-888-452-8609**. También puede obtener ayuda de su doctor o llamar a <IPA Contact> al <IPA phone number and hours of operations>.

Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-718-4347**.

Esta carta no modifica su otra atención de Medi-Cal.

[Medical Director's Name or Reviewer's Name]

SUS DERECHOS
CONFORME A LA ATENCIÓN MÉDICA COORDINADA DE MEDI-CAL

SI USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN QUE TOMÓ SU PLAN DE SALUD PARA SU ATENCIÓN MÉDICA, PUEDE SOLICITAR UNA APELACIÓN ANTE SU PLAN DE SALUD.

¿CÓMO SOLICITO UNA APELACIÓN?

Usted tiene 60 días a partir de la fecha de esta carta de Aviso de Acción para solicitar una apelación estándar o acelerada. Si su plan de salud decide reducir, suspender o finalizar un servicio que usted está recibiendo ahora, es posible que pueda continuar recibiendo el servicio hasta que se decida su apelación. Es lo que se denomina “Ayuda Pagada en Espera”. Para cumplir con los requisitos para la Ayuda Pagada en Espera, usted debe pedirle a su plan de salud una apelación dentro de los 10 días desde la fecha de esta carta de Aviso de Acción o antes de la fecha en la que su plan de salud indique que sucederá el cambio en su servicio. A pesar de que su plan de salud debe darle la Ayuda Pagada en Espera cuando usted pide una apelación dentro de los plazos antes mencionados, debería informar a su plan de salud cuando pida una apelación que desea la Ayuda Pagada en Espera hasta que se decida su apelación.

Si usted no presenta una apelación en el período de 10 días O no solicita la apelación antes de la fecha en la que ocurrirá el cambio de su servicio, usted tendrá igualmente 60 días desde la fecha de esta carta de Aviso de Acción para solicitar una apelación. Sin embargo, usted no recibirá la Ayuda Pagada en Espera mientras se decide su apelación.

Usted puede pedir una apelación por sus propios medios. O bien, puede pedirle a un pariente, amigo, defensor, doctor o abogado que la presente en nombre de usted. Esta persona se denomina Representante Autorizado. Su plan de salud puede proporcionarle un formulario para que identifique a su Representante Autorizado. Usted o su Representante Autorizado pueden enviar cualquier elemento que deseen que su plan de salud revise para tomar una decisión acerca de su apelación. Un doctor, diferente del doctor que tomó la primera decisión, analizará su apelación.

Puede presentar una apelación estándar o acelerada por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- Por teléfono: Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP de lunes a viernes, de 7am a 7pm, y sábados y domingos, de 8am a 5pm al número 1-877-273-4347. O, si no puede oír o hablar bien, por favor, llame al TTY: 1-800-718-4347.
- Por escrito: Llene un formulario de apelación o escriba una carta y envíela a: IEHP Grievance Department, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91730-5987.

El consultorio de su médico tiene que tener formularios de apelación disponibles. Su plan de salud también puede enviarle un formulario.

- Por vía electrónica: Visite el sitio web de su plan de salud en <https://www.iehp.org/>.

Cuando usted apele, deberá proporcionar a su plan:

- Su nombre
- Su domicilio o un domicilio al que le debamos enviar información sobre su apelación (si no tiene un domicilio actual, puede apelar igual)
- El número de miembro de su plan
- El o los motivos por los que apela la decisión de su plan
- Si desea una apelación estándar o una apelación rápida. (Para una apelación rápida, infórmele a su plan por qué la necesita).
- Cualquier elemento que usted quiera que su plan revise y que demuestre por qué necesita el servicio. Por ejemplo, puede enviar:
 - Registros médicos de su proveedor de atención médica,
 - Cartas de su proveedor de atención médica (como una declaración de su proveedor de atención médica que explique por qué usted necesita una apelación rápida), o
 - Cualquier otra información que indique por qué usted necesita el servicio.

¿CUÁNDO SE DECIDIRÁ MI APELACIÓN?

Para las Apelaciones Estándar, su plan de salud debe responder a su apelación por escrito dentro de los 30 días. Si considera que esperar 30 días dañará su salud, es posible que reciba una decisión dentro de las 72 horas. Cuando solicite una apelación ante su plan de salud, indique por qué la espera dañaría su salud. Asegúrese de pedir una Apelación Acelerada.

Para las Apelaciones Aceleradas, su plan de salud le dará una decisión dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación y deberá intentar darle un aviso verbalmente acerca de esta decisión. Tanto para las apelaciones Estándar como para las Aceleradas, su plan de salud le enviará por correo una carta de Aviso de Resolución de Apelación. Dicha carta le comunicará la decisión del plan de salud con respecto a su apelación.

¿PUEDO PEDIR UNA REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE Y UNA AUDIENCIA ESTATAL?

En una Revisión Médica Independiente, un doctor que no está relacionado con el plan de salud revisará su caso. En una Audiencia Estatal, un juez revisará su caso.

Si usted no está de acuerdo con la decisión de su plan de salud con respecto a su servicio, puede pedir una apelación ante su plan de salud. Si sigue sin estar de acuerdo con la decisión de su plan de salud sobre su apelación, o han pasado al menos 30 días desde que presentó su apelación a su plan de salud, puede solicitar una Revisión Médica Independiente ante el Departamento de Administración de Servicios Médicos (*Department of Managed Health Care, DMHC*). El personal del DMHC determinará si su problema cumple con los requisitos para una Revisión Médica Independiente.

En la mayoría de los casos, usted no cumplirá con los requisitos para solicitar una Audiencia Estatal sino hasta que haya completado primero el proceso interno de

apelaciones de su plan de salud. Sin embargo, hay ocasiones en las que usted puede solicitar una Audiencia Estatal directamente. Esto puede ocurrir si su plan de salud no le notificó correctamente u oportunamente acerca de su servicio. Esto se denomina “Consideración de Agotamiento”. Estos son algunos ejemplos de Consideración de Agotamiento:

- El plan de salud no puso a disposición de usted esta carta de Aviso de Acción en el idioma de su preferencia.
- El plan de salud cometió un error que afecta alguno de sus derechos.
- El plan de salud no le dio una carta escrita de Aviso de Acción para informarle acerca de la acción prevista relacionada con su servicio.
- El plan de salud cometió un error en su carta escrita de Aviso de Resolución de Apelación.
- El plan de salud no tomó una decisión sobre su apelación dentro de los 30 días y no le envió una carta de Aviso de Resolución de Apelación.
- El plan de salud decidió que su caso era urgente, pero no respondió a su apelación dentro de las 72 horas, y no le envió una carta de Aviso de Resolución de Apelación.

A veces, usted puede solicitar al mismo tiempo tanto una Revisión Médica Independiente como una Audiencia Estatal. También puede solicitar una antes que la otra para ver si una de ellas resuelve su problema primero. Por ejemplo, si solicita primero una Revisión Médica Independiente, y usted no está de acuerdo con la decisión, podrá solicitar una Audiencia Estatal. Pero si solicita primero una Audiencia Estatal, y dicha audiencia ya ha tenido lugar, no podrá solicitar una Revisión Médica Independiente. En este caso, la Audiencia Estatal tiene la última palabra.

Usted no tendrá que pagar la Revisión Médica Independiente ni la Audiencia Estatal.

¿CÓMO SOLICITO UNA REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE?

El siguiente párrafo le brindará información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente ante el DMHC.¹ Tenga en cuenta que el término queja formal hace referencia tanto a quejas como a apelaciones:

“El Departamento de Administración de Servicios Médicos de California es responsable de reglamentar los planes de servicios médicos. Si usted tiene una queja formal en contra de su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud al 1-800-440-IEHP (4347), de lunes a viernes, de 7am a 7pm, y sábados y domingos, de 8am a 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347, y usar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. El uso de este proceso de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho o recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no haya resuelto a su entera satisfacción o una queja formal que haya quedado sin resolver

¹ Código de Salud y Seguridad (*Health and Safety Code, HSC*) Sección 1368.02(b). Puede revisar el HSC en: <http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/home.xhtml>.

durante más de 30 días, le recomendamos que llame al Departamento para solicitar asistencia. También podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review, IMR*). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR brindará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura de tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas por el pago de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades auditivas y del habla. El sitio web del Departamento, <http://www.dmhc.ca.gov>, ofrece formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea”.

¿CÓMO SOLICITO UNA AUDIENCIA ESTATAL?

Tal como se afirmó anteriormente, es posible que usted cumpla con los requisitos para solicitar una Audiencia Estatal.

Puede solicitar una Audiencia Estatal de las siguientes maneras:

- En línea en www.cdss.ca.gov
- Por teléfono: Llame al 1-800-743-8525. Este número puede estar muy ocupado. Es posible que escuche un mensaje que le pide que vuelva a llamar más tarde. Si no puede hablar u oír bien, por favor, llame al TTY/TDD 1-800-952-8349.
- Por escrito: Llene un formulario de Audiencia Estatal o escriba una carta. Envíela por correo o fax a:

Correo: California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

Fax: (916) 309-3487 o al número gratuito 1-833-281-0903

Se adjunta a esta carta un formulario de Audiencia Estatal. Asegúrese de incluir su nombre, domicilio, número de teléfono, Número de Seguro Social o Número de Índice de Cliente (*Client Index Number, CIN*), y el motivo por el cual desea una Audiencia Estatal. Si alguien le está ayudando a solicitar una Audiencia Estatal, incluya el nombre, el domicilio y el número de teléfono de esa persona en el formulario o la carta. Si necesita un intérprete, indique a la División de Audiencias Estatales cuál es el idioma que usted habla. No tendrá que pagar por un intérprete. La División de Audiencias Estatales le conseguirá uno. Si usted tiene una discapacidad, la División de Audiencias Estatales puede preparar adaptaciones especiales sin cargo para facilitar su participación en la audiencia. Incluya la información acerca de su discapacidad y las adaptaciones que necesita.

Después de solicitar una Audiencia Estatal, podrían pasar hasta 90 días antes de que su caso se decida y se le envíe una respuesta. Si usted considera que esperar 90 días dañará su salud, puede solicitar una Audiencia Acelerada. Si la División de Audiencias Estatales aprueba su solicitud de una Audiencia Acelerada, es posible que reciba una decisión de la audiencia dentro de los 3 días desde la fecha en la que se reciba el archivo de su caso de parte de su plan de salud.

Usted puede solicitar una Audiencia Acelerada llamando a la División de Audiencias Estatales al número indicado anteriormente. O puede enviar el formulario de Audiencia Estatal o una carta a la División de Audiencias Estatales. Usted debe explicar cómo la espera de hasta 90 días para una decisión dañará su vida, su salud o su capacidad para lograr o mantener una función por completo. También puede obtener una carta de su médico para ayudar a demostrar la razón por la cual usted necesita una Audiencia Acelerada.

En la Audiencia Estatal, usted puede hablar por sí mismo. O bien, puede pedirle a alguien como un pariente, amigo, defensor, doctor o abogado que hable en nombre de usted. Si usted desea que otra persona hable en nombre de usted, debe firmar un formulario que le informe a la División de Audiencias Estatales que la persona puede hablar en su nombre. Esta persona se denomina Representante Autorizado.

AYUDA LEGAL

Quizás pueda obtener ayuda legal gratuita. Llame al *Departamento de Asuntos del Consumidor del Estado* al 1-800-952-5210. También puede llamar a la Oficina de Asistencia Legal local de su condado al 1-888-804-3536.

FORMULARIO PARA PRESENTAR UNA AUDIENCIA ESTATAL POR UNA DENEGACIÓN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO

Para solicitar una Audiencia Estatal, llame al: **1-800-743-8525**. Los usuarios de TDD deben llamar al **1-800-952-8349**. También puede solicitar una audiencia de las siguientes maneras:

- Puede solicitar una audiencia **EN LÍNEA** en **WWW.CDSS.CA.GOV**
- Puede llenar este formulario y enviarlo por **FAX** a la División de Audiencias Estatales al **916-309-3487**
- Puede llenar este formulario y enviarlo por **CORREO ELECTRÓNICO** a **SCOPEOFBENEFIT S@DSS.CA.GOV**
- **(Nota:** Si usa el correo electrónico, *tenga en cuenta que corre el riesgo de que un tercero, distinto de la División de Audiencias Estatales, pueda interceptar su mensaje. Le recomendamos que considere usar un método más seguro para enviar su solicitud*).
• También puede enviar esta Solicitud de Audiencia Estatal **POR CORREO a:**

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

Para obtener ayuda gratuita para llenar este formulario, llame al número de teléfono de ayuda legal que figura en el Aviso adjunto “Sus Derechos”

No estoy de acuerdo con la decisión sobre mi atención médica. Indique el tratamiento, el medicamento, el equipo o el servicio que solicitó el doctor. No estoy de acuerdo porque:

(Si necesita más espacio, use otra hoja y adjúntela a esta).

POR FAVOR, PROPORCIONE ESTA INFORMACIÓN ACERCA DEL BENEFICIARIO
(la persona a la que se le denegaron los beneficios médicos)

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO (donde reciba la correspondencia): _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

¿Tenemos su permiso para comunicarnos con usted por correo electrónico? [] SÍ [] NO

Si responde que Sí, escriba su **DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:**

Proporcione su **Número de Tarjeta BIC de Medi-Cal y/o Número de Seguro Social** si tiene: _____

¿Tiene Medi-Cal Regular (**Pago por Servicio**) o **Atención Médica Coordinada**?

Si tiene **Atención Médica Coordinada**, escriba el nombre de su **PLAN DE SALUD:**

POR FAVOR, RESPONDA CADA PREGUNTA QUE SE APLICA AL BENEFICIARIO

Mi Doctor solicitó este beneficio de salud en esta fecha: _____

El Plan de Salud denegó este beneficio de salud en esta fecha: _____

Apelé el caso ante el Plan de Salud:

SÍ [] ¿En qué fecha? _____ NO []

El Plan de Salud me dio una respuesta a la apelación:

SÍ [] ¿En qué fecha? _____ NO []

¿Le pidió al Plan de Salud una apelación acelerada (72 horas)? [] SÍ [] NO

¿Decidió el Plan de Salud la apelación en 72 horas? [] SÍ [] NO

NECESITO LO SIGUIENTE PARA MI AUDIENCIA (Marque estas casillas si le corresponden a usted):

Necesito una Audiencia Acelerada porque mi situación es urgente: Mi caso debe decidirse muy rápidamente y no puedo esperar hasta 90 días. Esto es lo que sucederá si no se toma una decisión rápida:

EXPLIQUE POR QUÉ NO PUEDE ESPERAR HASTA 90 DÍAS. Si no da una explicación, su caso no será acelerado y será programado en el calendario normal. Puede presentar una carta de su doctor o plan que demuestre por qué usted no puede esperar.

Continuación de los Servicios/Ayuda Pagada Pendiente: Por favor, continuar mi tratamiento hasta que el Juez decida mi caso. (Describa el tratamiento que quiere continuar e indique **en qué fecha el plan lo interrumpió o tiene planeado interrumpirlo**):

Deseo un Intérprete Gratuito. Mi idioma o dialecto es: _____

Tengo una discapacidad y quiero una adaptación razonable que me ayude a participar en mi audiencia. Las adaptaciones que quiero son:

Quiero que otra persona hable por mí (me represente) en la audiencia. Esta persona puede ver mis registros médicos con relación a esta audiencia y asistir a la audiencia. La persona que elegí para hablar en mi nombre es:

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Domicilio: _____

Mi firma: _____ Fecha de Hoy: _____

ENVÍE ESTE FORMULARIO CON UNA COPIA DE LA CARTA (AVISO DE RESOLUCIÓN DE APELACIÓN) QUE RECIBIÓ DE SU PLAN SI LA TIENE.
(SI USTED QUIERE CONSERVAR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO, HAGA UNA COPIA ANTES DE ENVIARLO).