

A: [Name of Medicaid Enrollee]/ Representative (if relevant) **Fecha:**
Address
Address

De: [Name of PIHP]
[Address]
Address

La presente nota es para hacerle saber la acción que planeamos realizar con respecto a sus servicios de salud mental pagados por Medicaid, que usted solicitó o que está recibiendo actualmente.

Sus (describa los servicios) _____ **serán:**

- NEGADOS**
A PARTIR DE LA FECHA _____
- REDUCIDOS A** _____ **DE** _____
- A PARTIR DE LA FECHA** _____
- SUSPENDIDOS**
A PARTIR DE LA FECHA _____
- TERMINADOS**
A PARTIR DE LA FECHA _____

La razón para esta decisión es:

- Usted ya no es un residente del área de servicio.
- Usted no cumple con el criterio de necesidad médica porque (especifique la razón exacta) _____.
- Otra: _____

Sin embargo, usted tiene derecho a una segunda opinión.

PERSONA CONTACTO EN LO QUE CONCIERNE A ESTE AVISO: [Nombre y teléfono]

SI USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTA DECISIÓN, usted tiene el derecho de apelar. Si escoge este derecho, tiene veinte¹ (20) días calendario, a partir de la fecha de envío por correo de este aviso, para solicitar o presentar una apelación. Su proveedor de salud mental también puede presentar una apelación en su beneficio cuando usted se lo pide por escrito. Para pedir o presentar una apelación, necesita comunicarse con: _____ llamando al 1-800-_____ o enviar su apelación a la dirección indicada arriba.

SI NECESITA AYUDA PARA PRESENTAR UNA APELACIÓN puede comunicarse con [PIHP name] del Ombuds Service (Servicio de defensor del pueblo) llamando al 1-800-_____. El servicio Ombuds es gratis y está disponible para ayudarlo a usted o su representante en el proceso de apelación. Si tiene problemas para escuchar o hablar o es sordo o mudo, comuníquese usando Telecommunication Relay Service llamando al 1-800-833-6384 o marque 711. El servicio Telecommunication Relay Service podrá darle un número de teléfono correcto. Si necesita el servicio de un intérprete, ellos se lo proveerán.

También, otras personas de su elección pueden ayudarlo en el proceso de apelación. Si desea que alguien más lo ayude, usted y su representante autorizado deben firmar, fechar y enviar una declaración nombrando a la persona que actuará por usted.

Antes de presentar una apelación, lea “Información Importante sobre sus Derechos de Apelación” en la siguiente página.

¹ Si desea continuar recibiendo los servicios actuales durante el proceso de apelación, debe presentar su pedido dentro de los diez (10) días calendario de haber recibido este aviso de acción.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SUS DERECHOS DE APELACIÓN

Rechazo: La decisión de no ofrecer una entrada es un rechazo. La decisión del PIHP, o de su designado formal, de no autorizar los servicios de salud mental de Medicaid que cumplen con la necesidad médica es un rechazo.

Suspensión: La decisión de un PIHP o de su designado formal de temporalmente suspender los servicios de salud mental de Medicaid descritos en sus Level of Care Guidelines (Normas de Nivel de Cuidado). La decisión de Community Mental Health Agency (Agencia de Salud Mental de la Comunidad) de temporalmente detener o cambiar un servicio cubierto en el Individualized Service Plan (Plan de Servicios individualizado) no es una suspensión.

Reducción: La decisión de un PIHP de disminuir su servicio previamente autorizado y cubierto por los servicios de salud mental de Medicaid, descritos en sus Normas de Nivel de Cuidado. La decisión de una Agencia de Salud Mental de la Comunidad de disminuir o cambiar un servicio cubierto en el Plan de Servicios Individualizados no es una reducción.

Terminación: La decisión de un PIHP, o su designado formal, de detener sus servicios de salud mental de Medicaid previamente autorizados, descritos en sus Normas de Nivel de Cuidado. La decisión de una Agencia de Salud Mental de la Comunidad de detener o cambiar un servicio cubierto en el Plan de Servicios Individualizados no es una terminación.

Hay dos tipos de apelación que usted puede presentar

Estándar (45 días) Usted o su proveedor de servicios de salud mental, en su beneficio, puede pedir una apelación estándar. Nosotros debemos darle una respuesta o decisión no más de 45 días después de haber recibido su apelación. (Podemos extender este tiempo hasta 14 días, si usted solicita una extensión o si nosotros necesitamos información adicional y la extensión lo beneficia a usted.)

Acelerada (rápida, 3 días hábiles) Usted o su proveedor de servicios de salud mental pueden solicitar una apelación acelerada si usted o su proveedor de salud mental creen que su vida, salud o su habilidad de funcionar pueden verse en serio peligro por esperar el tiempo necesario para una apelación estándar. Nosotros debemos decidir su apelación no más de 3 días hábiles después de haber recibido su apelación. (Podemos extender este tiempo hasta 14 días, si usted solicita una extensión o si nosotros necesitamos información adicional y la extensión lo beneficia a usted.)

- Si su proveedor de salud mental pide una apelación acelerada en su beneficio o lo apoya para que usted lo haga, y ellos indican que 45 días podrían seriamente poner en peligro su salud, automáticamente le daremos una apelación acelerada.
- Si solicita una apelación acelerada sin el apoyo de su proveedor de salud mental, nosotros decidiremos si su salud requiere una. Si no estamos de acuerdo con usted, nosotros tomaremos una decisión sobre su apelación dentro de los 45 días.

¿Cómo presento una apelación?

Para una apelación estándar: Usted, su proveedor de salud mental, representante autorizado, o un representante Ombuds debe enviar por correo o presentar una apelación escrita en la

dirección abajo indicada. Puede presentar una apelación verbal, pero debe estar seguida de una escrita.

Para una apelación acelerada: Usted, su proveedor de salud mental, representante autorizado, o un representante Ombuds debe comunicarse con nosotros por teléfono o fax a los números indicados abajo.

¿Cómo puedo continuar recibiendo mis servicios? Si usted actualmente está recibiendo servicios, sus servicios continuarán durante el proceso de apelación cuando:

- Su apelación fue presentada dentro de los 10 días de la fecha de envío del PIHP.
- Su apelación involucra una reducción, suspensión o terminación de los servicios de salud mental de Medicaid.
- El periodo actual de cobertura autorizado ha vencido, y el Notice of Action (Aviso de Acción) fue enviado a usted a tiempo.
- Usted pidió una extensión.

Si nuestra decisión no es a su favor, se le puede pedir que usted pague por los servicios recibidos durante el proceso de apelación o la audiencia.

¿Qué debo incluir en mi apelación?

Usted debe incluir: su nombre, dirección, las razones por las cuales hace una apelación y cualquier evidencia que desee adjuntar. Puede enviar registros, cartas de su proveedor de salud mental, una lista de testigos calificados, u otra información que explique por qué nosotros deberíamos proveerle el servicio. Llame a su proveedor de salud mental si necesita esta información, para que lo ayude en su apelación.

Puede enviar esta información al PIHP o presentarla en persona.

¿QUÉ SUCEDE DESPUÉS DE QUE HAYA PRESENTADO LA APELACIÓN? Gente de PIHP que no haya estado involucrada en la decisión revisa su apelación y provee una decisión escrita dentro de los 45 días, a menos que se haya solicitado una extensión.

¿Qué sucede después? Después que el PIHP toma una decisión sobre su apelación y usted no está de acuerdo con la decisión tomada por el PIHP, puede pedir una audiencia imparcial (Fair Hearing) a través de State Office of Administrative Hearings (1-800-583-8271). Puede pedir una audiencia imparcial dentro de los 20 días después de haber recibido la decisión del PIHP. También puede tener acceso a una audiencia imparcial si:

- El PIHP no provee una respuesta escrita dentro del período de tiempo permitido; o
- Usted cree que ha habido una violación de las normas del WA State Department of Social and Health Services (Departamento de Servicios Sociales y Salud del estado de Washington).

Sus servicios pueden continuar durante el proceso de la Audiencia Administrativa.

Información:

Si necesita información o ayuda, llame al 1-800

Otros recursos para que lo ayuden:

PIHP Ombuds Service: 1-800-

WA State Department of Social and Health Services Office of Administrative Hearings
P. O. Box 42488

Olympia, WA 98504-2488
1-800-583-8271