

Cómo solicitar una apelación

Si su organización de atención coordinada (CCO, por sus siglas en inglés), su plan dental o su plan de salud mental deniega un servicio que usted crea que debería estar cubierto, puede solicitar una apelación. Para hacer esto:

- Llene las páginas 3 y 4 de este formulario. Devuélvalo a su CCO o plan, o
- Comuníquese con su CCO o plan por teléfono, carta o fax. Si solicita una apelación por teléfono, y no necesita una apelación más acelerada, también puede solicitarla por escrito.

Si necesita ayuda para hacer esto, pida ayuda al Departamento de Atención al Cliente de su CCO o plan.

Fecha límite

Su CCO o plan debe recibir su solicitud en un plazo de 60 días a partir de la fecha que aparece en la primera página del *Aviso de Acción* (la carta que recibió acerca de la decisión de denegación).

Si usted solicita una audiencia después de esta fecha límite, debe demostrar que tuvo un buen motivo de retraso.

¿Qué sucede si solicito una apelación?

Un(a) enfermero o médico(a) diferente de su CCO o plan revisará el servicio solicitado y toda la información en su solicitud de apelación.

- Esta revisión les ayudará a decidir si se debe cambiar la decisión de denegación.
- Usted tiene derecho a ver toda la información de esta revisión antes de que se tome una decisión (comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de su CCO o plan para preguntar al respecto).
- Usted y su médico también pueden proporcionar más información a su CCO o plan, en persona o por escrito, para ayudarlos a decidir.

En un plazo de 16 días a partir de su solicitud, su CCO o plan le enviará un *Aviso de Resolución de la Apelación* para informarle sobre la decisión.

Cómo solicitar una audiencia

Si usted solicitó una apelación y no está de acuerdo con la decisión de apelación de la CCO o del plan, puede pedirle a la OHA una audiencia. Para hacer esto:

- Llene las páginas 3 y 4 de este formulario. Devuélvalo a la OHA o a una oficina del Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS); **O**
- Llene el formulario en línea en bit.ly/ohp-hearing-form; **O**
- Llene y devuelva la Solicitud de Audiencias Administrativas (MSC 443). Para obtener este formulario y ayuda para llenarlo, vaya a una oficina del ODHS o llame al 800-273-0557 (TTY 711).

También puede encontrar este formulario en **OHP.Oregon.gov** (haga clic en "Forms" o "formularios").

Fecha límite

La OHA debe recibir su solicitud en un plazo de 120 días a partir de la fecha que aparece en el *Aviso de Resolución de la Apelación* (la carta que recibió sobre la apelación).

Si usted solicita una audiencia después de esta fecha límite, debe demostrar que tuvo un buen motivo de retraso.

¿Qué sucede si solicito una audiencia?

Antes de la audiencia, un miembro del personal de la OHA le llamará para pedirle más información y responder sus preguntas.

En la audiencia, puede explicar el motivo por el que no está de acuerdo con la decisión. La mayoría de las audiencias son telefónicas. Las siguientes personas también estarán presentes:

- Un representante de audiencias de la OHA.
- Alguien de su CCO o plan.
- Su representante o ayudante (si cuenta con uno).
- Un juez administrativo.
- Cualquier testigo que usted invite.

Después de la audiencia, el juez revisará la información presentada en la audiencia y tomará una decisión. Usted recibirá una *Orden propuesta y definitiva* (la decisión del juez) en un plazo de 30 días.

¿Qué sucederá si se vuelve a denegar el servicio?

Si, después de la apelación, la CCO o el plan no ha cambiado su decisión de denegación, puede solicitar una audiencia ante la OHA.

Las audiencias siguen la Ley de Procedimientos Administrativos, el Capítulo 183 de los Estatutos Modificados de Oregon (ORS, por sus siglas en inglés) y las Reglas Administrativas de Oregon 137-003-0501 a 0700, 410-120-1860, 410-141-3900.

Lo que necesita saber antes de solicitar una apelación o audiencia

Estas son dos cosas que puede hacer en cualquier momento, además de solicitar una apelación o audiencia. **No** le darán más tiempo para solicitar una apelación o audiencia, así que necesita hacerlas de inmediato:

1. Puede preguntarle a su médico sobre otras formas en las que puede tratar su condición.
2. Puede pedir la información que se utilizó para tomar esta decisión. Para hacer esto, llame al número del Departamento de Atención al Cliente de su CCO o plan.

Continuación de los servicios

Si usted estaba recibiendo el servicio **antes** de la denegación de la CCO o del plan, puede pedir que el servicio continúe mientras espera por su apelación o audiencia. Para hacer esto, usted debe:

- Marcar "Sí" en la pregunta 8 de la página 4 de este formulario, y
- Solicitar la apelación a más tardar 10 días después de la "Fecha del aviso" que aparece en el *Aviso de Acción* o la "fecha de entrada en vigor" (si el aviso menciona una fecha de entrada en vigor), la que sea posterior, y
- Solicitar la audiencia a más tardar 10 días después de la "Fecha del aviso" que aparece en el *Aviso de Apelación de la Resolución* o la "fecha de entrada en vigor" (si el aviso menciona una fecha de entrada en vigor), la que sea posterior.

Si la apelación o la audiencia no cambia la decisión, posiblemente tenga que pagar los servicios que obtenga en o después de la "fecha de entrada en vigor" que aparece en el *Aviso de Acción* o en el *Aviso de Resolución de la Apelación*.

Si desea recibir ayuda en su apelación o audiencia:

Puede pedir a un amigo, familiar, defensor, médico o abogado que le ayude en la apelación o audiencia. La CCO o el plan decide quién estará presente en su apelación. Si desea un abogado, puede pedirle ayuda a:

- Línea Directa de Beneficios Públicos, 800-520-5292 (teléfono de texto [TTY, por sus siglas en inglés] 711), para obtener asesoramiento y posible representación. Los servicios de asistencia legal de Oregon y el Centro de Leyes de Oregon proporcionan esta línea gratuita.
- Colegio de Abogados de Oregon (Oregon State Bar), 800-452-8260, para obtener información sobre servicios legales gratuitos o de bajo costo.

Si usted quiere que alguien lo(a) represente en la audiencia, denos su información de contacto en este formulario o en el formulario MSC 443, o díglele al representante de audiencias de la OHA.

Si su solicitud es tardía o se cancela, o si usted no solicita o no asiste a su audiencia:

Puede perder el derecho a tener una apelación o una audiencia sobre la decisión. Si esto sucede, el aviso de decisión más reciente de su CCO o plan será la decisión definitiva (o "la orden definitiva por omisión"). Entrará en vigor 120 días después de la fecha del aviso. No recibirá ningún otro aviso sobre la decisión. El registro de la orden definitiva es el expediente del caso utilizado para tomar la decisión, junto con cualquier material que presente más adelante sobre esto.

Si cancela su solicitud de audiencia o no asiste a la audiencia, recibirá una orden de desestimación. Usted aún puede apelar la desestimación bajo la ORS 183.482 al presentar una petición en el Tribunal de Apelaciones de Oregon. Debe hacerlo en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la orden de desestimación. Esta orden de desestimación le dirá cuál es la fecha límite.

Nota para el personal militar: La Ley Federal de Ayuda Civil para Militares les concede a los miembros en servicio activo el derecho a aplazar estos procedimientos. Para obtener más información, puede comunicarse con el Colegio de Abogados de Oregon llamando al 800-452-8260, con el Departamento Militar de Oregon llamando al 503-584-3571 o con una oficina de asistencia legal de la Fuerzas Armadas en <http://legalassistance.law.af.mil>.

Si usted tiene una apelación o audiencia y el servicio se vuelve a denegar

Puede elegir pagarlo por cuenta propia. Pregúntele a su proveedor acerca de esto. Usted y su proveedor deberán firmar un *Acuerdo de Pago* para demostrar que usted entiende que debe pagar el servicio no cubierto.

Agency Use Only		
Program	Branch	Case Number

Solicitud de revisión de una decisión de atención de salud

Llene las páginas 3 y 4 de este formulario o llene el formulario en línea en bit.ly/ohp-hearing-form.

Envíe las solicitudes de apelación a:

Su CCO o plan
(Use la dirección que aparece en
el Aviso de Acción de su CCO o plan)

Envíe las solicitudes de audiencia a:

OHA-Medical Hearings
500 Summer St NE E49
Salem, OR 97301-1077 Fax: 503-945-6035

Tipo de solicitud - Marque solo una de las siguientes opciones

(consulte la página 1 para obtener más información):

Los miembros de una CCO o un plan **deben** solicitar una apelación antes de poder solicitar una audiencia a la OHA. Solicitar una apelación o audiencia **no** afectará su elegibilidad del Plan de Salud de Oregon. La decisión es suya.

- ☐ **Solicitud de apelación:** le pide a la CCO o al plan que revise la decisión de denegación.
Adjunte una copia del "Aviso de Acción" (aviso de decisión) de su CCO o plan.
- ☐ **Solicitud de audiencia:** le pide a la OHA que revise las decisiones de denegación y apelación de la CCO o del plan.
Adjunte una copia del "Aviso de Resolución de la Apelación" (decisión de apelación) de su CCO o plan.

Díganos lo siguiente acerca del miembro a quien se le denegaron los servicios:

1. Nombre de miembro: _____ No. de identificación del cliente: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____
Número de Seguro Social* (opcional): _____
Idioma hablado: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Ruso ☐ Vietnamita
☐ Otro: _____

¿Necesita material escrito en otro formato? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, especifique:

**La ley le permite a la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés) solicitar su número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés). Puede encontrar estas leyes en el Título 42 del Código de los Estados Unidos (USC, por sus siglas en inglés) 1320b-7(a) y (b), 7 USC 2011-2036, Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) 436.920 y 42 CFR 457.340(b). No está obligado a dar un SSN. Si lo hace, la OHA lo usará únicamente para ayudar a ubicar su archivo y sus registros.*

2. ¿El miembro tiene a alguien que lo(a) ayude con la apelación o la audiencia? Por ejemplo: un amigo, familiar, defensor, médico o abogado. *Si no tiene uno ahora, puede agregar un representante en cualquier momento antes de la apelación o de la audiencia:*

- ☐ No
- ☐ Sí, nombre: _____
Dirección, ciudad, estado, código postal: _____
Número de teléfono: _____

¿Quién llenó este formulario? Díganos lo siguiente acerca de dicha persona (si es diferente al miembro):

3. Nombre: _____ Número de teléfono: _____

4. Relación con el miembro: _____

Díganos lo siguiente acerca de la solicitud:

5. ¿Qué servicio o servicios se denegaron? Enumérelos aquí.

6. ¿Recibió el miembro el aviso de la decisión por escrito? Marque una opción:

☐ Sí. Fechas del aviso: _____

☐ No

7. ¿Estaba el miembro recibiendo el servicio o servicios antes de que fuera(n) denegado(s)?

☐ Sí

☐ No

8. Si el miembro estaba recibiendo el/los servicio(s) antes de que fuera(n) denegado(s), ¿desea seguir recibiendo los durante el proceso de apelación o de audiencia?

☐ Sí (*lea la sección Continuación de servicios en la página 2 antes de marcar esta casilla*)

☐ No

☐ No aplica: el miembro no estaba recibiendo el servicio o servicios antes de la denegación.

9. ¿Necesita el miembro una apelación o una audiencia más acelerada porque la espera podría poner en peligro su vida, salud o capacidad para funcionar?

☐ No

☐ Sí. *Explique el modo en que la espera podría perjudicar al miembro.*

10. Díganos por qué la CCO o el plan debería cubrir este servicio. *También puede enviarnos documentos y expedientes médicos para decirnos el motivo.*

Firma del miembro (requerida para las solicitudes de apelaciones):

Firma del miembro o del representante legal del miembro

Fecha