

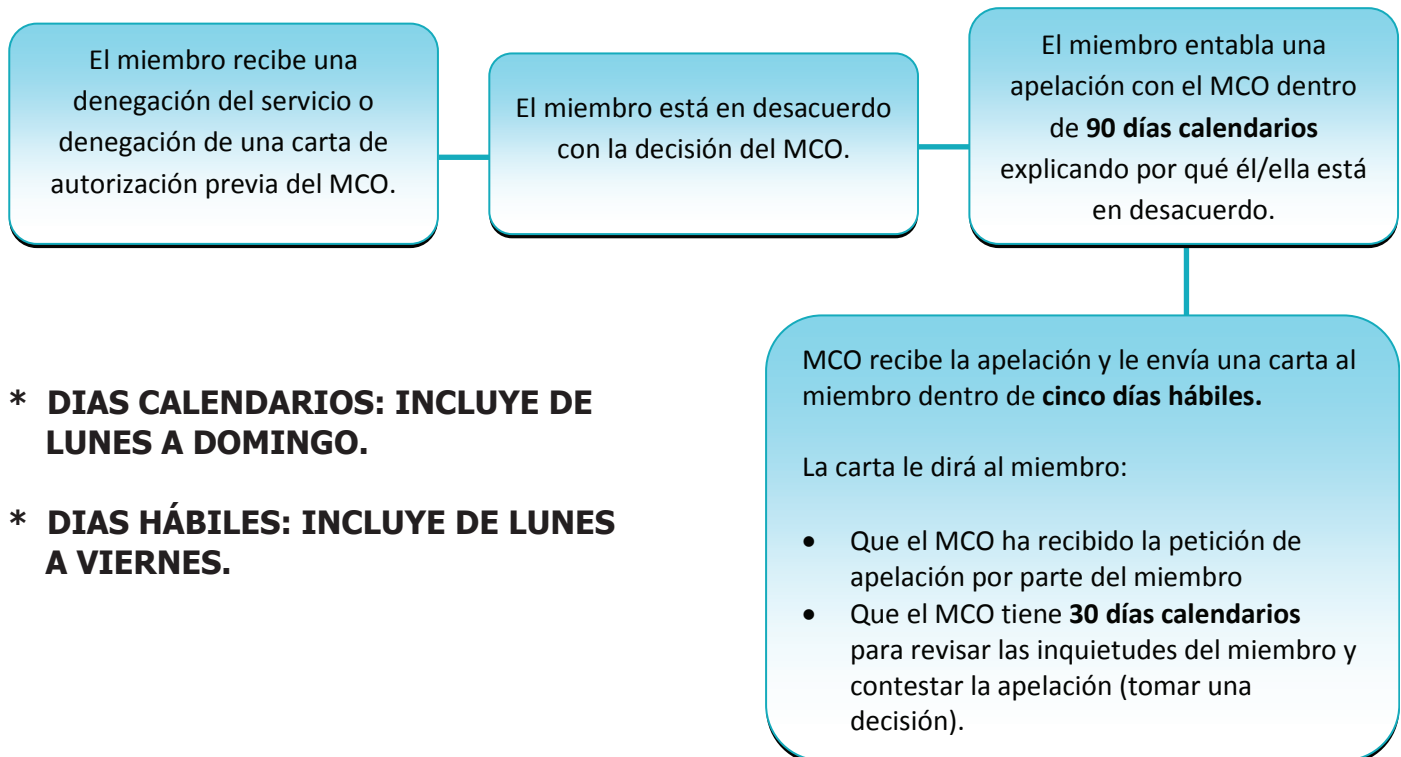
## APELACIONES

### ¿Qué es una apelación?

- Cuando un miembro no está de acuerdo con la decisión tomada por la Organización del Cuidado de la Salud (siglas en inglés MCO) sobre el servicio que el Miembro ha recibido.
  - Por ejemplo, el MCO puede haber denegado (no pago) por un servicio y el miembro cree que debería estar cubierto.
  - El MCO puede haber denegado una autorización previa para el miembro. Una autorización previa ocurre cuando el proveedor del miembro le pide al MCO que dé visto bueno antes que el miembro haya recibido el servicio.
- Una notificación oficial del miembro.

### ¿Cómo el miembro entabla una apelación con el MCO?

- Un miembro puede entablar una apelación, por teléfono, en persona o por escrito.
- Un guardián o representante del miembro, o el proveedor del miembro puede entablar una apelación en nombre del miembro.



\* **DIAS CALENDARIOS: INCLUYE DE LUNES A DOMINGO.**

\* **DIAS HÁBILES: INCLUYE DE LUNES A VIERNES.**



New Mexico  
Independent  
Consumer  
Support System

## Appelation (continuado)

### ¿Puede el Miembro seguir recibiendo los servicios durante la apelación?

El miembro **DEBE** solicitar al MCO para **continuar** recibiendo los beneficios **existentes** o servicios que hayan sido denegados. Él/ella debe entablar una apelación dentro de **los 13 días calendarios** después de recibir la notificación de la denegación. El MCO continuará con el servicio de cuidado de la salud hasta:

- La apelación es retirada ; y
- Que hayan pasado **13 días calendarios** después que el MCO envía por correo la decisión de la apelación y el miembro no tiene un conflicto subsecuente con el MCO ; y
- El período de tiempo o límites del servicio autorizado ya haya expirado.

### Nivel de Apelación I y Nivel de Apelación II

- Nivel de Apelación I es la primera apelación
- Nivel de Apelación II es la segunda apelación
- Los miembros tienen el derecho de solicitar tanto el Nivel de Apelación I como el Nivel de Apelación II

Para nuevas recetas médicas o nuevos beneficios o servicios que hayan sido denegados, Ud. debe completar el Proceso de Apelación.

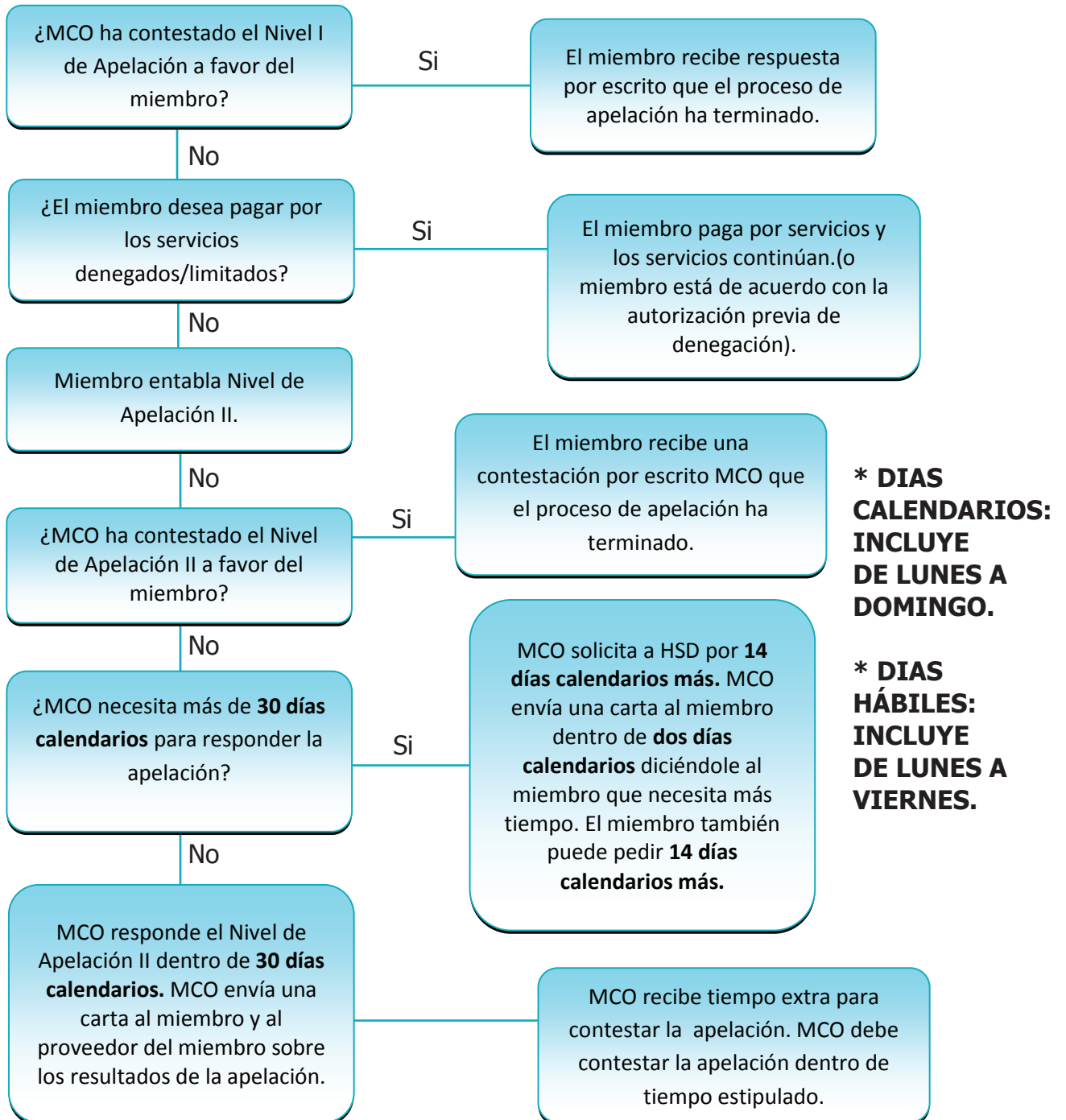
continúa en la página siguiente...

\* **DIAS CALENDARIOS: INCLUYE DE LUNES A DOMINGO.**

\* **DIAS HÁBILES: INCLUYE DE LUNES A VIERNES.**

## Appelation (continuado)

### ORGANIGRAMA DE LA APELACIÓN





## Appelation (continuado)

### ¿Qué derechos tienen los miembros durante el proceso de apelación?

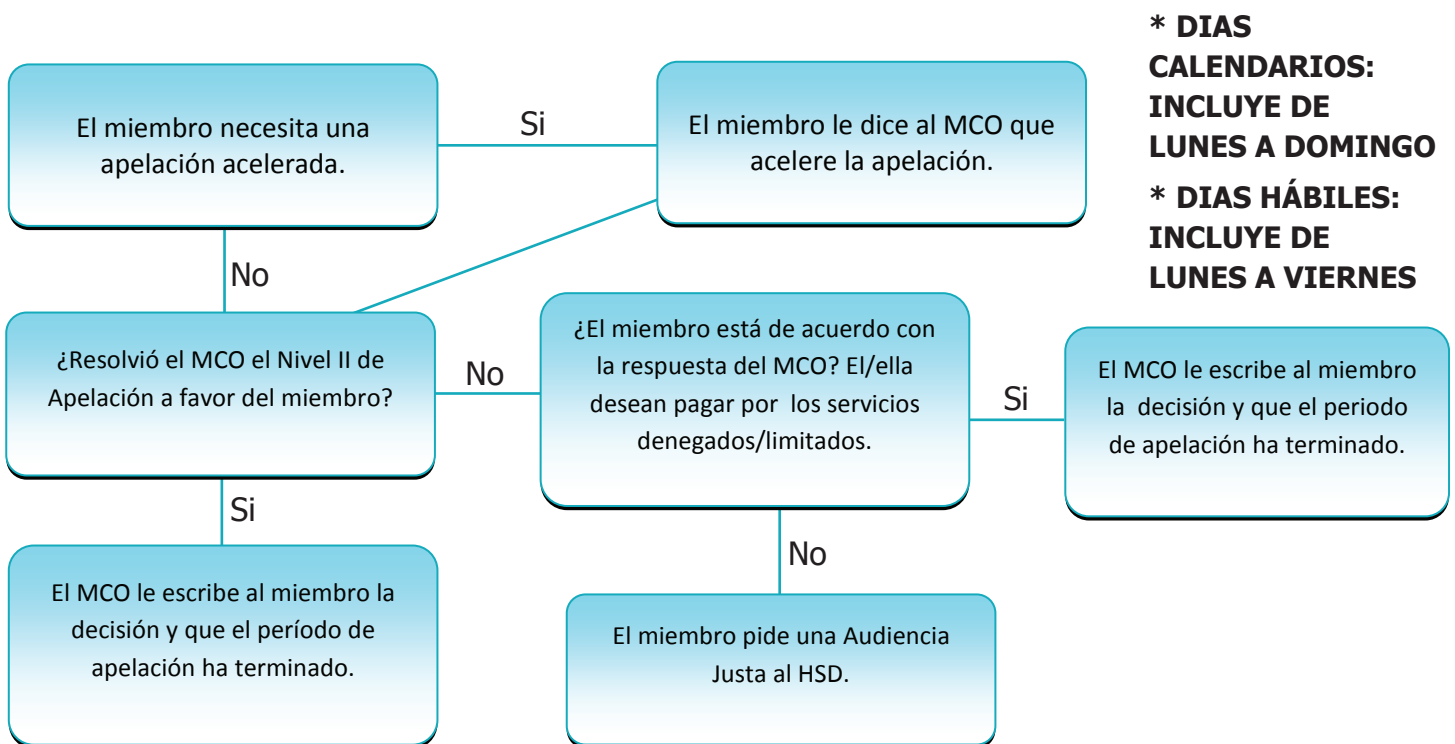
- El miembro puede demostrar al MCO pruebas de por qué necesita el servicio.
- El miembro tiene derecho de mirar en su historial médico y archivos.
- Alguien más que este envuelto en el cuidado de la salud del miembro puede solicitar al MCO un permiso para hacer pública la información del miembro (siglas en inglés PRI).

### ¿Quién está encargado de la apelación?

Los empleados del MCO, que incluyen doctores, oyen el Nivel I de Apelación. Un grupo diferente de empleados del MCO oye el Nivel II de Apelación.

### ¿Qué es una apelación acelerada?

- El miembro puede puede solicitar una apelación acelerada (decisión rápida) en su apelación si el miembro piensa que su salud puede deteriorarse seriamente al esperar la apelación regular.
- El miembro debe decirle al MCO que se salud puede deteriorarse seriamente al esperar la apelación regular.
- El MCO contestará una apelación acelerados dentro de tres días hábiles.



**\* DIAS CALENDARIOS: INCLUYE DE LUNES A DOMINGO**  
**\* DIAS HÁBILES: INCLUYE DE LUNES A VIERNES**



## Appelation (continuado)

### CRONOGRAMA DEL PROCESO DE APELACIÓN

0 a 90 días calendarios después que el MCO deniega el servicio o previa a la autorización	0 a 13 días calendarios después que el MCO deniegue el servicio o previa a la autorización	5 días hábiles después que el MCO recibe la notificación de la apelación	0 a 30 días calendarios después que el miembro entabla la queja
El miembro llama o escribe al MCO y entabla una apelación	El miembro llama o escribe al MCO para entablar una apelación. Si el miembro desea seguir recibiendo el servicio denegado	El MCO envía el miembro una carta. La carta dice que el MCO todavía está trabajando en la apelación y que terminará dentro de 30 días calendarios	El MCO termina de trabajar en la apelación. <b>(NOTA: Si el MCO necesita más tiempo solicitará al HSD por 14 días calendarios más)</b> El MCO manda al miembro una carta. La carta dice que el MCO terminó con la apelación y le dice la decisión tomada por el MCO.

### Lista a Seguir en el Proceso de Apelación para los Miembros

- Ud. DEBE pedir al MCO para que continúe proporcionando los beneficios **existentes** o servicios que fueron denegados. Ud. debe entablar una apelación dentro de **13 días calendarios** desde el día en que recibió la notificación de denegación.
- Pídale a un amigo, pariente o abogado que hable por Ud. si Ud. no puede hablar por sí mismo. Asegúrese pedirle a su MCO por un permiso para hacer pública la información (siglas en inglés PRI).
- Entable una apelación.
  - La carta de denegación del MCO le explicará cómo entablar una apelación. También puede encontrar información en el Manual del Miembro.
- Pídale a su MCO una apelación acelerada (rápida) y Ud. cree que su salud se deteriorará seriamente si espera por una apelación normal de **30 días calendarios** como fecha máxima.
- Reúna todas la pruebas que Ud. necesitará para una apelación.
  - Información específica a la carta de denegación.
  - Esto incluye su historial médico.
- Si Ud. lo desea, solicite al MCO un Nivel II de Apelación, si el Nivel I no falló a su favor.

\* **DIAS CALENDARIOS: INCLUYE DE LUNES A DOMINGO.**

\* **DIAS HÁBILES: INCLUYE DE LUNES A VIERNES**