

## SPANISH

Estimado Miembro,

A continuación, puede ver los cambios que haremos en nuestro Manual para Miembros de STAR cuando lo imprimamos nuevamente. Estos cambios se refieren a cómo presentar una apelación y el proceso de Audiencia imparcial estatal.

Si necesita ayuda para comprender estas actualizaciones, llame a Servicios para Miembros al número gratuito 1.888.760.2600.

**Estos cambios entran en vigor el 1 de mayo del 2022.**

### **Página 11 - Información que debe estar disponible anualmente como Miembro de Community Health Choice**

Punto de enumeración:

- Información sobre quejas, apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias estatales imparciales.

### **Página 39 - Derechos de los Miembros**

Número 5 actualizado:

5. Tiene derecho a utilizar todos los procesos para quejas y apelaciones disponibles a través de la organización de atención administrada y de Medicaid, y de obtener una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias imparciales estatales. Eso incluye el derecho a:

- g) Presentar una queja a su plan de salud o al programa estatal de Medicaid acerca de su atención médica, su proveedor o su plan de salud.
- h) La línea de ayuda de escalada MDCP/DBMD para Miembros que reciben servicios de Exención a través del Programa de Niños Medicamente Dependientes o el Programa de Discapacidades Múltiples para Sordos/Ciegos.
- i) Obtener una respuesta oportuna a su queja.
- j) Usar el proceso de apelación del plan y recibir instrucciones sobre cómo usarlo.
- k) Solicitar una Revisión médica externa y una Audiencia imparcial del estado o una Audiencia imparcial del estado solo del programa estatal de Medicaid y obtener información sobre cómo funcionan esos procesos.
- l) Solicitar una Audiencia imparcial estatal sin una Revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.

## **Página 43 - Sección de Apelaciones**

### **¿Qué debo hacer para apelar y cuánto tiempo tengo para hacerlo?**

Plazos para el proceso de apelación Community Health Choice debe completar todo el proceso de apelación estándar dentro de los 30 días después de recibir la solicitud inicial de apelación por escrito u oral, incluyendo la opción de extender hasta 14 días si un Miembro solicita una extensión; o Community Health Choice demuestra que se necesita más información y cómo la demora es de interés para el Miembro. Si Community Health Choice necesita extenderse, el Miembro debe recibir una notificación por escrito del motivo de la demora.

### **¿Puedo presentar mi apelación oralmente?**

Sí, puede presentar su apelación oralmente o por escrito. Tiene la opción de solicitar una Revisión médica externa y una Audiencia imparcial del estado a más tardar 120 días después de la fecha en que Community Health Choice envía por correo el aviso de decisión de la apelación.

## **Página 44 - Audiencias imparciales del Estado**

### **¿Puedo solicitar una Audiencia imparcial del estado?**

Si usted, como Miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión del plan de salud, tiene derecho a solicitar una Audiencia imparcial estatal. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud dándole el nombre de la persona que usted quiere que lo represente. Un proveedor puede ser su representante. Si quiere cuestionar una decisión tomada por su plan de salud, usted o su representante tiene que pedir la Audiencia imparcial estatal dentro de los 120 días de la fecha de la carta de decisión del plan de salud. Si no pide la Audiencia imparcial del estado dentro de los 120 días, puede perder su derecho a una Audiencia imparcial.

Para solicitar una Audiencia imparcial estatal, usted o su representante debe enviar una carta al plan de salud al

Community Health Choice Texas, Inc.  
Medical Appeals Department-Medical Affairs  
2636 South Loop West, Suite 125 Houston, TX 77054  
Teléfono: 713.295.2294 o al número gratuito 1.888.760.2600  
Fax: 713.295.7033

O llame al número gratuito 1.888.760.2600.

Si solicita una Audiencia imparcial estatal dentro de los 10 días después de recibir el aviso de audiencia del plan de salud, tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya negado, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia. Si no solicita una Audiencia imparcial del estado dentro de los 10 días a partir del momento en que recibe el aviso de la audiencia, se suspenderá el servicio que el plan de salud negó.

Si solicita una Audiencia imparcial estatal, recibirá un paquete de información que le permitirá saber la fecha, hora y lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales estatales se llevan a cabo por teléfono. En ese momento, usted o su representante pueden decir por qué necesita el servicio que le negó el plan de salud. HHSC le dará una decisión final dentro de los 90 días a partir de la fecha en que solicitó la audiencia.

### **¿Puedo pedir una Audiencia imparcial estatal de emergencia?**

Si cree que esperar para una Audiencia imparcial del estado pondrá en peligro grave su vida o su salud, o su capacidad para lograr, mantener o recuperar la función máxima, usted o su representante pueden solicitar una Audiencia imparcial del estado de emergencia escribiendo o llamando a Community Health Choice. Para calificar para una Audiencia imparcial estatal de emergencia a través de HHSC, primero debe completar el proceso interno de apelaciones de Community Health Choice.

Si usted, como Miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión del plan de salud, tiene derecho a solicitar una Audiencia imparcial. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud diciéndoles el nombre de la persona que usted quiere que lo represente. Un doctor u otro proveedor médico puede ser su representante. Si desea cuestionar una decisión tomada por Community Health Choice, tiene la opción de solicitar solo una revisión de Audiencia imparcial del estado a más tardar 120 días después de que Community Health Choice envíe por correo el aviso de decisión de la apelación. Si no solicita una Audiencia imparcial dentro de los 120 días, puede perder su derecho a una Audiencia imparcial.

Para solicitar una Audiencia imparcial, usted o su representante debe enviar una carta al plan de salud a:

Community Health Choice Texas, Inc.  
Medical Affairs-Medical Appeals Department  
2636 South Loop West, Suite 125  
Houston, TX 77054  
Phone: 713.295.2294 o número gratuito 1.888.760.2600  
Fax: 713.295.7033

Puede enviar por correo su apelación de salud del comportamiento a la dirección que se indica a continuación:

Community Health Choice Texas, Inc.  
Attention: Medical Affairs-BH Appeals  
P.O. Box 1411  
Houston, TX 77230  
713.295.2294 o al número gratuito 1.888.760.2600 or TTY 7-1-1  
Fax: 713.576.0394/Attention: BH Appeals Coordinator

Si solicita una Audiencia imparcial, recibirá del representante estatal un paquete de información que le permitirá saber la fecha, hora y lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales se llevan a cabo por teléfono. En ese momento, usted o su representante puede decir por qué necesita el servicio que le negó el plan de salud.

## **Páginas 46 – 47**

### **AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO**

#### **¿Puedo pedir una Audiencia imparcial ante el estado?**

Si cree que esperar para una Audiencia imparcial del estado pondrá en peligro grave su vida o su salud, o su capacidad para lograr, mantener o recuperar la función máxima, usted o su representante pueden solicitar una Audiencia imparcial del estado de emergencia escribiendo o llamando a Community Health Choice. Para calificar para una Audiencia imparcial estatal de emergencia a través de HHSC, primero debe completar el proceso interno de apelaciones de Community Health Choice.

#### **Información sobre una Revisión médica externa**

**¿Puede un miembro pedir una Revisión médica externa?** Si un Miembro, como Miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de la apelación interna del plan de salud, el Miembro tiene derecho a solicitar una Revisión médica externa. Una Revisión médica externa es un paso adicional opcional que el Miembro puede tomar para que se revise el caso de forma gratuita antes de la Audiencia imparcial estatal. El Miembro puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud dándole a Community Health Choice el nombre de la persona que el Miembro desea que lo represente. Un proveedor puede ser el representante del Miembro. El Miembro o el representante del Miembro debe solicitar la Revisión médica externa dentro de los 120 días posteriores a la fecha en que el plan de salud envía la carta con la decisión de la apelación interna. Si el Miembro no solicita la Revisión médica externa dentro de los 120 días, el Miembro puede perder su derecho a una Revisión médica externa.

Para pedir una Revisión médica externa, el Miembro o el representante del Miembro debe:

- Completar el "Formulario de solicitud de Revisión médica externa y audiencia justa estatal" que se proporciona como un archivo adjunto a la carta de Aviso para los Miembros sobre la decisión de apelación interna de MCO y debe enviarlo por correo o por fax a la dirección o número de fax que se encuentra en la parte superior del formulario;
- Llamar a Community Health Choice al 713.295.2294 o al número gratuito 1.888.760.2600;
- Enviar un correo electrónico a Community Health Choice a [Appeals@communityhealthchoice.org](mailto:Appeals@communityhealthchoice.org) o;
- Ir en persona a una oficina local de HHSC.

Si el miembro pide una Revisión médica externa dentro de 10 días desde el momento en que el Miembro recibe la decisión de la apelación del plan de salud, el Miembro tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya negado, al menos hasta la decisión final de la Audiencia imparcial estatal. Se haya tomado. Si el Miembro no pide una Revisión médica externa dentro de 10 días desde el momento en que el Miembro recibe la decisión de la apelación del plan de salud, se suspenderá el servicio que el plan de salud negó.

El Miembro puede retirar la solicitud del Miembro para una Revisión médica externa antes de que se asigne a una organización de revisión independiente o mientras la organización de revisión independiente está examinando la solicitud de Revisión médica externa del Miembro. Una Organización de revisión independiente es una organización de terceros contratada por HHSC que realiza una Revisión médica externa durante los procesos de apelación de los Miembros relacionados con determinaciones adversas de beneficios basadas en la necesidad funcional o médica. No se puede retirar una Revisión médica externa si una organización de revisión independiente ya completó la revisión y tomó una decisión.

Una vez que se recibe la decisión de la Revisión médica externa, el Miembro tiene derecho a retirar la solicitud de Audiencia imparcial estatal. Si el Miembro continúa con la Audiencia imparcial estatal, el Miembro también puede solicitar que la Organización de revisión independiente esté presente en la Audiencia imparcial estatal.

Si el Miembro continúa con una Audiencia imparcial estatal y la decisión de la Audiencia imparcial estatal es diferente de la decisión de la Organización de revisión independiente, la decisión de la Audiencia imparcial estatal es definitiva.

El Miembro puede hacer ambas solicitudes comunicándose con Community Health Choice al:

Community Health Choice Texas, Inc.  
Medical Appeals Department-Medical Affairs  
2636 South Loop West, Suite 125  
Houston, TX 77054  
Phone: 713.295.2294 or toll-free at 1.888.760.2600  
Fax: 713.295.7033

o el equipo de admisión de HHSC en [EMR\\_Intake\\_Team@hhsc.state.tx.us](mailto:EMR_Intake_Team@hhsc.state.tx.us).

Si el Miembro continúa con una Audiencia imparcial estatal y la decisión de la Audiencia imparcial estatal es diferente de la decisión de la Organización de revisión independiente, la decisión de la Audiencia imparcial estatal es definitiva. La decisión de la Audiencia imparcial estatal solo puede mantener o aumentar los beneficios para Miembros de la decisión de la Organización de revisión independiente.

### **¿Puedo pedir una Revisión médica externa de emergencia?**

Si cree que esperar una Revisión médica externa estándar pondrá en peligro grave su vida o su salud, o su capacidad para lograr, mantener o recuperar la función máxima, usted, sus padres o su representante legalmente autorizado puede solicitar una Revisión médica externa de emergencia y Audiencia imparcial estatal de emergencia escribiendo o llamando a Community Health Choice. Para calificar para una Revisión médica externa de emergencia y una Revisión de Audiencia imparcial estatal de emergencia a través de HHSC, primero debe completar el proceso de apelación interna de Community Health Choice.

CHC\_MCCO Comms\_Member Handbook\_v1