



Estimado(a) miembro:

Consulte a continuación las modificaciones que haremos en nuestro Manual para miembros de STAR en la nueva impresión. Estos cambios se refieren a la forma de presentar una apelación y el proceso de Audiencia imparcial estatal.

Si necesita ayuda para comprender estas actualizaciones, llame sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.

**Estos cambios tienen vigencia a partir del 1 de mayo de 2022.**

**Página 11: Información de la que debe disponer cada año como miembro de Community Health Choice**

Actualización de la viñeta:

- Información sobre los procedimientos de presentación de quejas, apelaciones, revisión médica externa y audiencias imparciales estatales.

**Página 39: derechos de los miembros**

Actualización del número 5:

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

- a) Presentar una queja ante su plan de salud o ante el programa estatal de Medicaid sobre su atención médica, su proveedor o su plan de salud.
- b) Línea de atención de escalamiento de MDCP/DBMD para los miembros que reciben servicios de exención a través del Programa para niños con dependencia médica o el Programa para personas con discapacidades múltiples de sordera/ceguera.
- c) Recibir una respuesta oportuna a su queja.
- d) Utilizar el proceso de apelación del plan y que le indiquen cómo usarlo.
- e) Solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal, o una audiencia imparcial estatal únicamente al programa estatal de Medicaid, y obtener información sobre cómo funcionan esos procesos.
- f) Solicitar una audiencia imparcial estatal sin una revisión médica externa al 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 las apelaciones: Community Health Choice debe completar todo el proceso de apelación estándar dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud inicial de apelación, ya sea escrita o verbal, con la opción de extender el plazo hasta 14 días si un miembro solicita una extensión o si Community Health Choice hace saber que se necesita más información y que la demora beneficia al miembro. Si Community Health Choice necesita extender la solicitud, el miembro debe recibir una notificación por escrito del motivo de la demora.

### ¿Puedo presentar mi apelación de forma oral?

Sí, puede presentar su apelación de forma oral o por escrito. Tiene la opción de solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal a más tardar 120 días después de la fecha en que Community Health Choice envíe por correo la notificación de la decisión de apelación.

## Página 44: Audiencia imparcial estatal

### ¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal?

Si usted, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con una decisión del plan, tiene derecho a pedir una audiencia imparcial estatal. Puede designar a su representante escribiendo una carta al plan de salud para informar el nombre de dicha persona. Su representante puede ser un proveedor. Si quiere objetar una decisión tomada por su plan de salud, usted o su representante deben solicitar la audiencia imparcial estatal dentro de los 120 días siguientes a la fecha de la carta en la que el plan de salud indica su decisión. Si usted no pide la audiencia imparcial estatal dentro de los 120 días, perderá su derecho a solicitarla.

Para solicitar una audiencia imparcial estatal, usted o su representante deben enviar una carta al plan de salud a la siguiente dirección:

Community Health Choice Texas, Inc.  
Medical Appeals Department-Medical Affairs  
2636 South Loop West, Suite 125 Houston, TX 77054  
Teléfono: 713.295.2294 o sin cargo al 1888.760.2600  
Fax: 713.295.7033

También puede llamar sin cargo al 1888.760.2600.

Si solicita una audiencia imparcial estatal dentro de los 10 días posteriores a la recepción del aviso de la audiencia del plan de salud, tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya denegado, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia. Si usted no solicita una audiencia imparcial estatal dentro de 10 días de la recepción del aviso de la audiencia, el servicio del plan de salud será interrumpido.



Si usted solicita una audiencia imparcial estatal, recibirá un paquete de información que le indicará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales estatales se realizan por teléfono. En ese momento, usted o su representante podrán explicar por qué usted necesita el servicio que el plan de salud rechazó. La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) le comunicará su decisión final dentro de los 90 días a partir de la fecha en que usted haya solicitado la audiencia.

### **¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia?**

Si considera que esperar una audiencia imparcial estatal pondrá en grave peligro su salud o su vida, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su máxima funcionalidad, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia escribiendo o llamando a Community Health Choice. Para calificar para una audiencia imparcial estatal de emergencia a través de la HHSC, primero debe completar el proceso de apelación interno de Community Health Choice.

Si usted, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con una decisión del plan, tiene derecho a pedir una audiencia imparcial. Puede designar a su representante escribiendo una carta al plan de salud para informar el nombre de dicha persona. Un médico u otro proveedor médico pueden ser sus representantes. Si desea apelar una decisión de Community Health Choice, tiene la opción de solicitar una revisión de la audiencia imparcial estatal a más tardar 120 días después de la fecha en que Community Health Choice envíe por correo la notificación de la decisión de apelación. Si usted no pide la audiencia dentro de los 120 días, perderá su derecho a solicitarla.

Para solicitar una audiencia imparcial, usted o su representante deben enviar una carta al plan de salud a la siguiente dirección:

Community Health Choice Texas, Inc.  
Medical Affairs-Medical Appeals Department  
2636 South Loop West, Suite 125  
Houston, TX 77054  
Teléfono: 713.295.2294 o sin cargo al 1888.760.2600  
Fax: 713.295.7033

Puede enviar por correo su apelación de salud conductual a la siguiente dirección:

Community Health Choice Texas, Inc.  
A la atención de: Medical Affairs-BH Appeals  
P.O. Box 1411  
Houston, TX 77230  
713.295.2294 o la línea gratuita 1.888.760.2600 o TTY 7-1-1  
  
Fax: 713.576.0394. A la atención de: BH Appeals Coordinator

Si usted solicita una audiencia imparcial, recibirá un paquete de información que le indicará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia del representante del estado. La mayoría de las audiencias imparciales se realizan por teléfono. En ese momento, usted o su representante podrán explicar por qué usted necesita el servicio que el plan de salud rechazó.

Páginas 46 – 47

### Audiencia imparcial estatal

#### ¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal?

Si considera que esperar una audiencia imparcial estatal pondrá en grave peligro su salud o su vida, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su máxima funcionalidad, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia escribiendo o llamando a Community Health Choice. Para calificar para una audiencia imparcial estatal de emergencia a través de la HHSC, primero debe completar el proceso de apelación interno de Community Health Choice.

#### Información sobre la revisión médica externa

¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa? Si un miembro, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con una decisión de apelación interna de dicho plan, tiene derecho a solicitar una revisión médica externa. Una revisión médica externa es un paso adicional opcional que el miembro puede tomar para que su caso sea revisado sin cargo antes de la audiencia imparcial estatal. Puede designar a su representante escribiendo una carta al plan de salud para informar a Community Health Choice el nombre de esa persona. El representante de un miembro puede ser un proveedor. El miembro o su representante debe solicitar la revisión médica externa dentro de los 120 días posteriores a la fecha en que el plan de salud envíe la carta con la decisión de apelación interna. Si el miembro no solicita la revisión médica externa dentro de los 120 días, podría perder su derecho a ella.

Para solicitar una revisión médica externa, el miembro o su representante debe realizar una de las siguientes opciones:

- Completar el “Formulario de Solicitud de Audiencia Imparcial Estatal y Revisión Médica Externa” adjunto a la carta de notificación al miembro sobre la decisión de apelación interna de la MCO y enviarlo por correo o fax utilizando la dirección o el número de fax que aparecen en la parte superior del formulario;
- Llamar a Community Health Choice al 713.295.2294 o comuníquese sin cargo al 1888.760.2600;
- Escribir un correo electrónico a Community Health Choice a [Appeals@communityhealthchoice.org](mailto:Appeals@communityhealthchoice.org) o;
- Concurrir en persona a una oficina local de la HHSC.

O bien, si el miembro solicita una revisión médica externa dentro de los 10 días posteriores a la recepción de la decisión de apelación del plan de salud, tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya denegado, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia imparcial estatal. Si el miembro no solicita una revisión médica externa dentro de los 10 días posteriores a la recepción de la decisión de apelación del plan de salud, se suspenderá el servicio denegado.

El miembro puede retirar su solicitud de revisión médica externa antes de que se asigne a una organización de revisión independiente o mientras dicha organización la esté revisando. Una organización de revisión independiente es una organización externa contratada por la 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. Una revisión médica externa no puede retirarse si una organización de revisión independiente ya la ha completado y ha tomado una decisión.

Una vez recibida la decisión de la revisión médica externa, el miembro tiene derecho a retirar su 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 la audiencia imparcial estatal y la decisión de esta difiere de la decisión de la organización de revisión independiente, la decisión de la audiencia imparcial estatal será la definitiva.

El miembro puede presentar ambas solicitudes contactando a Community Health Choice de alguna de las siguientes maneras:

Por correo:

Community Health Choice Texas, Inc.  
Medical Appeals Department-Medical Affairs  
2636 South Loop West, Suite 125  
Houston, TX 77054  
Teléfono: 713.295.2294 o sin cargo al 1888.760.2600  
Fax: 713.295.7033

o por correo electrónico al Equipo de Admisiones de la HHSC en  
[EMR\\_Intake\\_Team@hhsc.state.tx.us](mailto:EMR_Intake_Team@hhsc.state.tx.us).

Si el miembro continúa con la audiencia imparcial estatal y la decisión de esta difiere de la decisión de la organización de revisión independiente, la decisión de la audiencia imparcial estatal será la definitiva. La decisión de la audiencia imparcial estatal solo puede ser de mantener o aumentar los beneficios del miembro derivados de la decisión de la organización de revisión independiente.



## ¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?

Si considera que esperar una revisión médica externa estándar pondrá en grave peligro su salud o su vida, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su máxima funcionalidad, usted, su padre o madre, o su representante legalmente autorizado pueden solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal de emergencia escribiendo o llamando a Community Health Choice. Para calificar para una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal de emergencia a través de la HHSC, primero debe completar el proceso de apelación interno de Community Health Choice.

*CHC\_MCCO Comms\_Member Handbook\_v1*