

Cambio importante en los derechos de apelaciones y audiencias imparciales para los inscritos en la atención administrada de Medicaid

¿Cuáles son los cambios a partir del 1 de mayo de 2018?

Se implementan nuevas normas federales de atención administrada de Medicaid en el estado de Nueva York. Estas normas cambian la forma en que los planes de atención administrada de Medicaid toman decisiones sobre los servicios de atención médica y las apelaciones del plan.

Estas normas cambian la forma en que usted puede solicitar una Audiencia imparcial al estado sobre las decisiones del plan. A partir del 1 de mayo de 2018, si piensa que una decisión del plan es incorrecta, primero debe solicitar una Apelación del plan **antes** de solicitar una Audiencia imparcial. Si su atención cambia y desea mantener los mismos servicios mientras se revisa su caso, primero debe solicitar una Apelación del plan **antes** de solicitar una Audiencia imparcial.

¿Cómo me afecta este cambio?

En el caso de algunos servicios, debe pedirle al plan que los apruebe antes de poder recibirlos. Este cambio implica que el plan tomará algunas de estas decisiones de aprobación más rápido que antes. Si usted piensa que la decisión del plan respecto a su atención médica es incorrecta, puede pedirle al plan que vuelva a analizar su caso. Este procedimiento se denomina “Apelación del plan”. Este cambio implica que **primero debe solicitar una Apelación del plan antes de solicitar una Audiencia imparcial**. Tendrá 60 días para solicitar una Apelación del plan.

¿Qué sucede si la decisión del plan es cambiar un servicio que estoy recibiendo ahora?

Si desea que sus servicios sigan siendo los mismos, este cambio implica que **primero debe solicitar una Apelación del plan** dentro de los 10 días o antes de la fecha en que entra en vigor la decisión, lo que ocurra más tarde. Sus servicios seguirán siendo los mismos hasta que se tome una decisión. Si la Apelación del plan no se resuelve a su favor, es posible que tenga que pagar los servicios que haya recibido mientras esperaba la decisión.

¿Puede otra persona solicitar una Apelación del plan en mi nombre?

Si desea que otra persona, como su proveedor, solicite una Apelación del plan en su nombre, este cambio implica que tanto usted como esa persona deben firmar y fechar una declaración que confirme que esto es lo que usted desea.

¿Qué sucede después de que solicito una Apelación del plan?

Una vez que solicita una Apelación del plan, este cambio implica que el plan le enviará el expediente de su caso con toda la información respecto de su solicitud. Luego, el plan le enviará la decisión sobre su apelación. Este cambio implica que si usted no recibe una respuesta a su Apelación del plan o si la decisión se demora, usted puede solicitar una Audiencia imparcial sin tener que esperar la decisión del plan.

¿Qué sucede si pienso que la decisión sobre la Apelación del plan sigue siendo incorrecta?

Si piensa que la decisión del plan respecto a su apelación es incorrecta, puede solicitar una Audiencia imparcial. Tendrá 120 días para solicitar una Audiencia imparcial. Si el plan determina que el servicio no es médicamente necesario, aun así puede solicitarle al estado una Apelación externa. Tendrá cuatro meses para solicitar una Apelación externa. Si solicita ambas, la decisión de la Audiencia imparcial siempre será la respuesta definitiva.

Si el plan cambia la atención que recibe actualmente y usted desea que sus servicios sigan siendo los mismos, debe solicitar una Audiencia imparcial en un plazo de 10 días calendario a partir de la decisión de la apelación o antes de la fecha en que entra en vigor la decisión de la apelación, lo que ocurra más tarde. Sus servicios seguirán siendo los mismos hasta la decisión de la Audiencia imparcial. Si la resolución de la Apelación del plan no lo favorece, probablemente deba abonar los servicios prestados mientras esperaba que se tomara una decisión.

¿Cuánto demora el plan en tomar una decisión?

Si solicita aprobación para un servicio, su plan tiene 14 días para tomar una decisión. Si su salud está en riesgo, su plan debe realizar una revisión acelerada de su solicitud y tomar una decisión en 72 horas. La decisión puede demorar más tiempo si el plan necesita más información. Si su plan cubre los medicamentos con receta médica, el plan debe tomar las decisiones sobre sus medicamentos con receta médica en 24 horas.

Si solicita una Apelación del plan, el plan tiene 30 días para tomar una decisión. Si su salud está en riesgo, su plan debe realizar una revisión acelerada de su solicitud y tomar una decisión en 72 horas. La decisión puede demorar más tiempo si el plan necesita más información.

¿Dónde puedo obtener más información?

Llame a Servicios del afiliado al 1-866-469-7774 de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Consulte su manual del afiliado para obtener información completa sobre sus derechos de apelación.