



## PROGRAMA CAMINO A LA SALUD

### **APELACIONES DE BENEFICIOS Y SOLICITUD DE AUDIENCIA DE BENEFICIOS MÉDICOS POR LA JUNTA DIRECTIVA DEL CMSP**

Si usted recibe una notificación de Advanced Medical Management o MedImpact Health Systems, Inc. (MedImpact) de que un servicio médico, incluyendo una receta, ha sido negado o reducido, usted, su representante autorizado o su prestador de servicios médicos, en su nombre, pueden apelar esta decisión.

#### Apelaciones de Beneficios Médicos

Para las apelaciones de beneficios médicos, comuníquese con el Departamento de Administración de Uso de Advanced Medical Management llamando al número (877) 589-6807, o escriba o envíe un fax a Advanced Medical Management a:

Advanced Medical Management  
Attn: Grievance Coordinator  
5000 Airport Plaza Drive, Suite 150  
Long Beach, CA 90815-1260  
Fax: (562) 766-2005

Usted debe solicitar una apelación dentro de los sesenta (60) días corridos a partir de la fecha del matasellos de la carta de Aviso de Acción de Advanced Medical Management en la que se le notifica que se le deniega el servicio, su reducción o la rescisión de uno autorizado previamente, a menos que desee continuar con su tratamiento durante el proceso de apelación. En ese caso, debe solicitar una apelación dentro de los diez (10) días corridos a partir de la fecha del matasellos de la carta de Aviso de Acción de Advanced Medical Management y declarar que desea seguir recibiendo su tratamiento durante el proceso de apelación.

Advanced Medical Management acusará recibo de su apelación, revisará el asunto y le enviará una carta por escrito con su decisión dentro de los treinta (30) días corridos de la fecha en la que recibió su apelación. Puede solicitar una revisión acelerada de su apelación y Advanced Medical Management determinará si sus circunstancias justifican que se realice una revisión acelerada.

#### Apelaciones de beneficios de medicamentos recetados

Para las apelaciones de medicamentos recetados, comuníquese con el servicio al cliente de MedImpact al número (800) 788-2949 e informe al representante de servicio al cliente que desea hacer una apelación. También puede escribir o enviar un fax a MedImpact a:

MedImpact Health Systems, Inc.  
Attn: Appeals Coordinator  
10680 Treena Street  
San Diego, CA 92131  
Fax: (858) 790-6060

Debe solicitar una apelación dentro de un plazo de sesenta (60) días corridos a partir de la fecha del matasellos de la carta de decisión de MedImpact en la que se le notifica la denegación del servicio, su reducción o la terminación de uno autorizado previamente, a menos que desee continuar con su tratamiento durante el proceso de apelación. En ese caso, debe solicitar una apelación dentro de diez (10) días corridos a partir de la fecha del matasellos de la carta de decisión de MedImpact e indicar que desea seguir recibiendo su tratamiento durante el proceso de apelación.

MedImpact acusará recibo de su apelación, examinará la cuestión y le enviará una carta con su decisión dentro de un plazo de treinta (30) días corridos a partir de la fecha en la que recibió su apelación. Puede solicitar una revisión acelerada de su apelación y MedImpact determinará si sus circunstancias justifican que se realice una revisión acelerada.

### **Audiencia de beneficio médico con la Junta Directiva del CMSP**

Si no está satisfecho con una decisión relacionada con la denegación, reducción o terminación de beneficios del programa Camino a la Salud, tiene derecho a solicitar una audiencia con la Junta Directiva del CMSP **después** de que haya apelado la decisión de beneficios de Advanced Medical Management o MedImpact. Si desea una audiencia de beneficio médico, debe solicitarla dentro de un plazo de treinta (30) días corridos a partir de la fecha en la que Advanced Medical Management o MedImpact denieguen su apelación, a menos que desee continuar con su tratamiento durante el proceso de la audiencia de beneficio médico. Si usted desea continuar con su tratamiento durante el proceso de la audiencia de beneficio médico, debe solicitar una audiencia de beneficio médico dentro de un plazo de diez (10) días corridos a partir de la fecha de la notificación de denegación, ya sea de Advanced Medical Management o de MedImpact. Indique que desea continuar recibiendo el tratamiento durante el proceso de la audiencia.

Para solicitar por escrito una audiencia de beneficio médico de Camino a la Salud, siga los siguientes pasos:

1. Rellene el formulario de solicitud de audiencia de beneficio médico y coloque su firma al final del mismo.
2. Adjunte una copia de la decisión de apelación de Advanced Medical Management o de MedImpact por la cual usted solicita una audiencia de beneficio médico de Path to Health.
3. Envíe por fax o por correo el formulario completado y firmado a:

ATTN: Path to Health Medical Benefit Hearings  
CMSP Governing Board  
1545 River Park Drive, Suite 435  
Sacramento, CA 95815  
Fax: (916) 848-3349

**NOTA:** Una solicitud de audiencia de beneficio médico de Path to Health que no incluya toda la información arriba descrita será devuelta sin ser revisada. Usted puede volver a enviar la solicitud de audiencia de beneficio médico de Path to Health dentro de los treinta (30) días corridos a partir de la fecha de recepción de una decisión de apelación de beneficios tomada por Advanced Medical Management o MedImpact, o dentro de los diez (10) días hábiles después de haber recibido la solicitud devuelta, de los dos plazos el que sea más tardío.

Usted recibirá un acuse de recibo de la solicitud de audiencia de beneficios médicos del CMSP dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en la que la Junta Directiva del CMSP recibió su solicitud. La Junta Directiva del CMSP programará una audiencia de beneficios médicos de Plan to Health dentro de los treinta (30) días corridos a partir de la recepción de una solicitud de audiencia. La Junta Directiva del CMSP le notificará de la audiencia programada. *Si el registro no se ha creado en su totalidad o la Junta Directiva del CMSP no puede completarlo obteniendo información adicional del miembro de Path to Health o del prestador de servicios médicos, Advanced Medical Management o MedImpact, la programación de la audiencia podrá postergarse hasta treinta (30) días corridos para proporcionar tiempo suficiente para la creación de un registro más completo.*

Usted recibirá un aviso por escrito de la hora, fecha y lugar de realización de la audiencia y una copia escrita de la posición de la Junta Directiva del CMSP al menos diez (10) días hábiles antes de la fecha de la audiencia.

Usted tiene derecho a ser representado en la audiencia por otra persona de su elección (un abogado, un amigo, un pariente u otro representante). Usted podrá recibir asesoramiento legal llamando a la agencia de asistencia o servicios legales más cercana. Usted puede tener testigos en la audiencia y puede presentar pruebas.

Se emitirá una decisión de la audiencia dentro de los treinta (30) días corridos después de la conclusión de la audiencia. Usted recibirá una copia escrita de la decisión de la audiencia dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la decisión de la Junta Directiva del CMSP. La decisión de la audiencia es la determinación final del asunto.

## **DECLARACIÓN RESPECTO A LA LEY DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN**

La información solicitada en el formulario de solicitud de audiencia de beneficio médico será utilizada por la Junta Directiva del CMSP para resolver su queja relacionada con la atención médica recibida en Camino a la Salud. Rellenar el formulario es voluntario, y el mismo se debe enviar a la Junta Directiva del CMSP si desea solicitar una audiencia de beneficio médico en relación con Camino a la Salud. Toda la información que envíe es confidencial, y solo se suministrará a la Junta Directiva del CMSP. Para obtener más información sobre el uso de esta información o el acceso a sus registros, comuníquese con la Junta Directiva del CMSP, 1545 River Park Drive, Suite 435, Sacramento, CA 95815 (teléfono 916-649-2631).

## SOLICITUD DE AUDIENCIA DE BENEFICIO MÉDICO DE CAMINO A LA SALUD POR LA JUNTA DIRECTIVA DEL CMSP

INSTRUCCIONES: Complete todos los datos que se indican a continuación.

Yo, \_\_\_\_\_, teléfono durante el día ( ) \_\_\_\_\_, dirección \_\_\_\_\_, solicito una audiencia respecto a acciones tomadas por Advanced Medical Management/MedImpact (*encerrar en un círculo*) en relación con beneficios del programa Camino a la Salud.

Explique su queja sobre la atención médica, autorizaciones o pagos en Camino a la Salud. Si es necesario, adjunte una hoja adicional.

A. ¿Cuál es la decisión que usted desea que reveamos? (*Dénos detalles sobre la decisión que le gustaría que reveamos e incluya una copia de la carta que recibió de Advanced Medical Management o MedImpact*).

B. ¿Por qué cree que esta decisión es equivocada? (*Escriba su motivo a continuación*).

C. ¿Qué quisiera que hagamos? (*Escriba su respuesta a continuación*).

D. ¿Qué más quisiera que sepamos? (*¿Hay alguna otra información que usted cree que nos podría ayudar para rever nuestra decisión? Escriba esa información a continuación o envíe otros documentos que nos ayuden a entender*).

3. Fecha(s) de la queja (indique el mes/día/año en que ocurrió el problema).

4. Nombre del prestador de servicios médicos (HCP en inglés) (médico, farmacia) involucrado

5. Número de teléfono del prestador de servicios médicos

6. Dirección del prestador de servicios médicos

7. Número de la tarjeta de identificación de beneficios (BIC) (escriba el número de ID que se encuentra en la cuarta línea, en la esquina superior izquierda de la tarjeta BIC del estado de California)

8. Válida hasta

**La información que he suministrado aquí es completa y precisa a mi leal saber y entender. La Junta Directiva del CMSP tiene mi permiso para obtener información sobre este caso de mi prestador de servicios médicos.**

9. Firma

10. Fecha

11. Firma de la persona que ha ayudado al solicitante (*en el caso de que este formulario haya sido completado por otra persona*)

12. Fecha