

COUNTY MEDICAL SERVICES PROGRAM (CMSP)
(Programa de servicios médicos de los condados o CMSP)

APELACIONES Y SOLICITUD DE AUDIENCIA CON LA JUNTA REGULADORA DE CMSP REFERENTE A SERVICIOS MÉDICOS

Si Anthem Blue Cross o MedImpact Health Systems, Inc. (MedImpact) le notifica que un servicio médico, incluyendo una receta, ha sido denegado o reducido, o ha cesado un servicio previamente autorizado, usted, su representante autorizado o su proveedor en su nombre podrá apelar contra esta decisión.

Apelaciones de servicios médicos (prestaciones médicas, dentales o de visión)

Para las apelaciones referentes a servicios médicos, póngase en contacto con el departamento de administración sobre la utilización de servicios (*Utilization Management Department*) de Anthem Blue Cross llamando al (888) 831-2246, o escriba y envíe por correo o fax su carta a:

Anthem Blue Cross
Attn: Grievance Coordinator
P.O. Box 60007
Los Angeles, CA 90060-0007
Fax: 1-800-618-2246

Usted debe solicitar una apelación dentro del periodo de sesenta (60) días del año civil a partir de la fecha del matasello en la carta de "notificación de acción" de Anthem Blue Cross avisándole de la denegación o reducción de servicios, o cese de un servicio previamente autorizado, a no ser que usted desee continuar su tratamiento durante el proceso de apelación. En ese caso, deberá solicitar una apelación dentro del periodo de diez (10) días del año civil a partir de la fecha del matasello en la carta de "notificación de acción" de Anthem Blue Cross y exponer que usted desea continuar con su tratamiento durante el proceso de apelación.

Anthem Blue Cross confirmará el recibo de su apelación, analizará los problemas y le enviará una carta con la decisión que tome dentro del periodo de treinta días (30) del año civil a partir de la fecha en que se recibió su apelación. Usted puede solicitar un análisis acelerado de su apelación y Anthem Blue Cross determinará si sus circunstancias lo justifica.

Apelaciones relacionadas con los medicamentos recetados

Para las apelaciones relacionadas con los medicamentos recetados, póngase en contacto con el servicio al cliente de MedImpact llamando al 1-800-788-2949 e informe al representante que usted desea realizar una apelación; también puede escribir una carta y enviarla por correo o fax a:

MedImpact Health Systems, Inc.
Attn: Appeals Coordinator
10680 Treena Street
San Diego, CA 92131
Fax: 1-858-790-6060

Usted debe solicitar una apelación dentro del periodo de sesenta (60) días del año civil a partir de la fecha del matasello en la carta de decisión de MedImpact avisándole de la denegación o reducción de servicios, o cese de un servicio previamente autorizado, a no ser que usted desee continuar su tratamiento durante el proceso de apelación. En ese caso, deberá solicitar una apelación dentro del periodo de diez (10) días del año civil a partir de la fecha del matasello en la carta de decisión de MedImpact y exponer que usted desea continuar con su tratamiento durante el proceso de apelación.

MedImpact confirmará el recibo de su apelación, analizará los problemas y le enviará una carta con su decisión dentro del periodo de treinta días (30) del año civil a partir de la fecha en que se haya recibido su apelación. Usted puede solicitar un análisis acelerado de su apelación y MedImpact determinará si sus circunstancias lo justifica.

Audiencia con la junta reguladora de CMSP referente a servicios médicos

Si no está satisfecho con alguna decisión relacionada con la denegación, reducción o cese de prestaciones bajo el programa de servicios médicos de los condados (*County Medical Services Program* o CMSP), usted tiene el derecho a solicitar una audiencia con la junta reguladora del programa (CMSP Governing Board) **después** de haber apelado la decisión de Anthem Blue Cross o MedImpact referente a sus servicios médicos. Si usted desea una audiencia referente a sus prestaciones deberá solicitarla dentro del periodo de treinta (30) días del año civil a partir de la fecha en que Anthem Blue Cross o MedImpact denegaron su apelación, a no ser que usted desee continuar su tratamiento durante el proceso relacionado con la audiencia. Si es así, deberá solicitar dicha audiencia dentro del periodo de diez (10) días del año civil a partir de la fecha de la notificación de denegación recibida de Anthem Blue Cross o MedImpact. Especifique que usted desea continuar su tratamiento durante el proceso relacionado con la audiencia.

Para presentar una petición por escrito para conseguir una audiencia relaciona con sus prestaciones del programa CMSP siga las siguientes instrucciones:

1. Complete el formulario *Solicitud de audiencia relacionada con servicios médicos* y fírmelo en la parte inferior.
2. Adjunte una copia de la decisión de la apelación tomada por Anthem Blue Cross o MedImpact, la cual es la razón por la que está solicitando la audiencia.
3. Envíe el formulario completado y firmado por correo o fax a:

ATTN: CMSP Medical Benefit Hearings
CMSP Governing Board
1451 River Park Drive, Suite 222
Sacramento, CA 95815
(916) 848-3349 (FAX)

NOTA: Una solicitud de audiencia relacionada con los servicios médicos de CMSP que no incluya toda la información descrita anteriormente será devuelta sin analizar. Usted puede presentar de nuevo su solicitud de audiencia dentro del periodo de treinta días (30) del año civil a partir de la fecha en que recibió una decisión de apelación de prestaciones tomada por Anthem Blue Cross o MedImpact, o dentro del periodo de diez (10) del año civil a partir de la fecha en que recibió la solicitud devuelta, lo que ocurra más tarde.

Usted recibirá una confirmación del recibo de la solicitud de audiencia relacionada con los servicios médicos de CMSP dentro del periodo de diez (10) días laborales a partir de la fecha en que la junta reguladora de CMSP haya recibido su solicitud. Dicha junta reguladora establecerá una fecha y hora para su audiencia dentro del periodo de treinta (30) días del año civil a partir de la fecha de haber recibido una solicitud de audiencia. La junta le notificará de dicha fecha y hora. *Si el archivo no se ha completado totalmente o la junta reguladora de CMSP no puede hacerlo obteniendo información adicional del miembro o proveedor de CMSP, o de Anthem Blue Cross o MedImpact, es posible que la fecha de la audiencia se posponga hasta un total de treinta (30) días del año civil y así poder proporcionar el suficiente tiempo para completar el archivo.*

Usted recibirá, por lo menos diez (10) días laborales antes de la fecha establecida para la audiencia, una notificación por escrito especificando la fecha, hora y lugar de la audiencia y una copia de la posición que ha tomado la junta reguladora de CMSP.

Usted tiene el derecho a que le represente en la audiencia una persona que usted elija (como por ejemplo, un abogado, amigo o familiar). Es posible que pueda recibir asesoramiento de un abogado si llama a la agencia más cercana de asistencia o servicios legales. Usted puede tener testigos en la audiencia y puede presentar pruebas.

Dentro del periodo de treinta (30) días del año civil a partir de la fecha en que se concluya la audiencia se proporcionará la decisión como resultado de la misma. Usted recibirá una copia escrita de dicha decisión dentro del periodo de diez (10) días a partir de la fecha en que CMSP reciba la decisión. Esta decisión es la determinación final del asunto.

DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE INFORMACIÓN Y ACCESO A LA MISMA.

La información que se pide en el formulario *Solicitud de audiencia relacionada con servicios médicos* será utilizada por la junta reguladora de CMSP para resolver las quejas que usted tenga sobre la asistencia médica proporcionada bajo el programa CMSP. Es voluntario completar el formulario y éste deberá presentarse ante dicha junta si usted desea solicitar una audiencia relacionada con los servicios médicos de CMSP. Toda la información que usted nos envíe es confidencial y se proporcionará sólo a la junta reguladora de CMSP y al departamento de ayuda social de su condado. Para obtener más información sobre el uso de esta información o para acceder a su archivo, póngase en contacto con *CMSP Governing Board*, 1451 River Park Drive, Suite 222, Sacramento, CA 95815 (teléfono 916-649-2631).

SOLICITUD DE AUDIENCIA REALACIONADA CON SERVICIOS MÉDICOS (CON LA JUNTA REGULADORA DE CMSP)

INSTRUCCIONES: Complete la siguiente información:

Yo, _____, teléfono durante el día () _____, dirección _____, por el presente documento solicito una audiencia para exponer las acciones tomadas por Anthem Blue Cross o MedImpact (*encerrar en un círculo*) con relación a mis prestaciones bajo el programa de servicios médicos de los condados *County Medical Services Program* o CMSP.

Explique el motivo de su queja sobre la asistencia médica, autorizaciones o pagos bajo CMSP. Adjunte otra hoja si fuera necesario.

A. ¿Cuál es la decisión que desea que analicemos? (Explique aquello que esté relacionado con la decisión que usted desea que analicemos e incluya una copia de la carta que recibió de *Anthem Blue Cross* o *MedImpact*.)

B. ¿Por qué cree que esta decisión no es la correcta? (*Escriba su razón a continuación.*)

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

D. ¿Qué más desea que sepamos? (*¿Hay más información que cree nos podría ayudar en el análisis de nuestra decisión? Escriba la información a continuación o envíe otros documentos que nos ayuden a entender.*)

3. Fecha(s) de la queja (incluya el mes/día/año cuando ocurrió el problema.)

4. Nombre del proveedor de asistencia médica (*Health Care Provider* o HCP) implicado (medico, farmacia u hospital).

5. Número telefónico del HCP

6. Dirección del HCP

7. Nombre del representante del departamento del condado de asistencia social del miembro de CMSP.

8. Número telefónico ()

9. Número de la tarjeta BIC (introduzca el número de identificación ubicado en la cuarta línea de la esquina izquierda superior de la tarjeta BIC del estado de California).

10. Fecha válida

La información que he dado aquí es completa y exacta a mi mejor saber y entender. La junta reguladora de CMSP (CMSP Governing Board) tiene mi permiso para obtener información sobre este caso del departamento de asistencia social del condado o del proveedor de asistencia médica.

11. Firma

12. Fecha

13. Firma de la persona que está ayudando al solicitante (*Si este formulario ha sido completado por otra persona diferente al interesado*)

14. Fecha