

Correo:	IBHP Governance Bureau PO Box 83720, Boise, ID 83720-0009
Teléfono:	866-681-7062
Fax:	208-364-1811
Correo electrónico:	IBHPAppeals@dhw.idaho.gov

Sus derechos de apelación

¿Se le han denegado, cambiado o no se ha actuado con prontitud razonable con respecto a sus beneficios o servicios del Plan de Salud del Comportamiento de Idaho (IBHP)? Si es así, y no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una apelación. En una apelación se solicita una audiencia imparcial para impugnar la decisión sobre sus beneficios o servicios. Para presentar una apelación solicitando una audiencia imparcial, lea la sección "Derechos y procedimientos de apelación" más abajo. Si tiene preguntas sobre la decisión o el proceso de apelación, póngase en contacto con la Oficina de Gobernanza del IBHP del Departamento de Salud y Bienestar.

Nota importante: Si tiene Medicaid, su elegibilidad para Medicaid fue determinada por la División de Autosuficiencia. Si le han cancelado los beneficios porque ya no es elegible, debe apelar la decisión a través de la División de Autosuficiencia del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho.

Derechos y procedimientos de apelación

¿Cuánto tiempo tengo para solicitar una apelación?

Debe presentar una apelación solicitando una audiencia imparcial dentro de los **ciento veinte (120) días** siguientes a la determinación de la apelación por parte de Magellan. Hay dos tipos de apelaciones: estándar o acelerada (rápida).

¿Qué es una apelación estándar?

En una apelación estándar, la Oficina de Gobernanza del IBHP tiene noventa (90) días a partir de la fecha en que se recibe la apelación para procesar una apelación y llevar a cabo una audiencia. Se pondrán en contacto con usted si se necesita más información o tiempo para tramitar la apelación.

¿Qué es una apelación acelerada (rápida)?

Debe solicitar una apelación acelerada (rápida) si esperar hasta noventa (90) días para que se tome una decisión definitiva puede poner en peligro su vida, su salud física o mental o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar el máximo de sus funciones.

En su apelación, explique por qué necesita una apelación acelerada y, si es posible, envíe una carta o registros de su proveedor médico que respalden su solicitud. Idaho Medicaid se pondrá en contacto con usted si necesita más información o más tiempo.

Idaho Medicaid le enviará un aviso por escrito dentro de tres (3) días hábiles a partir de la fecha en que se recibió la apelación para proporcionarle una decisión sobre si cumple con los criterios para una apelación acelerada. 42 CRF § 431.244(f)(2). Si Idaho Medicaid determina que no es necesaria una apelación acelerada, la audiencia se llevará a cabo como una apelación estándar.

Si tiene preguntas sobre las apelaciones aceleradas, póngase en contacto con la Oficina de Gobernanza del IBHP llamando al 866-681-7062.

¿Cómo solicito una apelación y una audiencia imparcial?

La solicitud de apelación y de audiencia imparcial puede enviarse por correo, entregarse, enviarse por correo electrónico o hacerse por teléfono. Si hace la apelación por teléfono, es una buena práctica presentar también una solicitud por escrito para demostrar cuándo solicitó su apelación. Si es posible, envíe una copia del aviso que recibió que incluya la decisión que se apela. Puede usar el formulario de solicitud de apelación (adjunto) o escribir una carta que incluya:

- Nombre de la persona que presenta la apelación
- Dirección y número de teléfono de la persona que presenta la apelación
- Razones por las que solicita la apelación y la audiencia imparcial
- Si solicita una apelación estándar o acelerada (rápida)
- Si solicita la continuación de los beneficios y servicios (si es beneficiario de Medicaid)

¿Qué debo enviar con mi solicitud de apelación?

Puede enviar historiales médicos, notas del médico o documentos financieros que justifiquen los motivos de su apelación. Conserve copias de todos los documentos que envíe. **No tiene que enviar documentación justificativa para presentar su apelación.**

Tiene derecho a solicitar todos los documentos utilizados por la división para tomar la decisión y copias de todos los documentos de su expediente y cuenta electrónica. 42 CFR § 431.242(a)(1).

Se le debe dar un plazo razonable para revisar estos documentos antes de la audiencia.

¿Cómo solicitar la continuación de los beneficios y servicios?

Si ahora está recibiendo los servicios o beneficios a través de Medicaid y solicita una audiencia en un plazo de 10 días a partir de la recepción de este aviso o antes de la fecha en que finalizarán sus servicios (lo que sea posterior), podrá solicitar seguir recibiendo los servicios durante todo el proceso de apelación. Si la decisión no cambia, es posible que tenga que hacerse cargo del costo de los servicios adicionales proporcionados. 42 CFR § 431.230 y 42 CFR § 438.420.

Su derecho a una evaluación médica independiente.

Si su apelación va a una audiencia estatal imparcial y el funcionario de audiencias considera que es necesario tener una evaluación médica de alguien que no sea la persona o personas que tomaron la decisión original, entonces debe hacerse una evaluación médica y formar parte del expediente. La evaluación médica debe pagarla Idaho Medicaid. 42 CFR § 431.240(b).

¿Qué ocurre en una audiencia estatal imparcial?

Idaho Medicaid puede intentar resolver informalmente la apelación con usted antes de la audiencia imparcial. Si la apelación no puede resolverse de manera informal, se programará una audiencia imparcial con la Oficina de Audiencias Administrativas.

Un funcionario de audiencias llevará a cabo una entrevista telefónica con usted, con los testigos que usted traiga y con Idaho Medicaid y sus testigos. En la audiencia imparcial puede declarar y llamar a testigos para establecer los hechos, interrogar a los testigos o cuestionar las pruebas de Medicaid y presentar documentos que respalden su postura. Consulte 42 CFR § 431.242(b)-(e).

El funcionario de audiencias decidirá la apelación basándose en las pruebas y testimonios de los testigos presentados durante la audiencia imparcial. La decisión puede tardar hasta treinta (30) días después de la audiencia. Una apelación acelerada se resolverá antes.

Otros detalles

Representante autorizado

Con su permiso, un familiar, amigo, defensor, médico o abogado puede presentar una apelación o hablar en su nombre durante la apelación.

Use una carta, un correo electrónico o el formulario de apelación para notificar a la división si tiene un representante autorizado para que pueda recibir información sobre la apelación.

Ayuda legal y otras adaptaciones

Los Servicios de Asistencia Jurídica pueden ofrecerle ayuda con su apelación. Comuníquese con los Servicios de Asistencia Jurídica llamando al 208-746-7541.

Servicios gratuitos disponibles

La división de Medicaid le ofrece servicios gratuitos. Esto incluye formularios o información en otros formatos o idiomas, servicios de intérprete y adaptaciones para discapacitados. Para obtener más detalles o contratar estos servicios, llame al 208-334-5747.

Aviso de no discriminación para los participantes

La división de Medicaid cumple las leyes federales y estatales de derechos civiles. Esto significa que la división no tratará a nadie de forma diferente por motivos de edad, raza, color, origen nacional, sexo, religión, ventajas políticas, discapacidad u orientación sexual. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles si cree que la división le trata de forma diferente por alguno de estos motivos.

Información sobre las apelaciones del programa Youth Empowerment Services (Servicios de Empoderamiento Juvenil, YES por sus siglas en inglés)

Visite la página de apelaciones en el sitio web de YES para consultar las preguntas más frecuentes y otros recursos. <https://yes.idaho.gov/appeals/>

Referencias

La normativa de Medicaid sobre derechos y procesos de apelación se encuentra en 42 CFR § 431.200 y 42 CFR § 438.400-424.

<https://www.ecfr.gov/current/title-42/part-431>
<https://www.ecfr.gov/current/title-42/part-438/subpart-F>

Servicios de interpretación

English	ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
Español (Spanish)	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
繁體中文 (Chinese)	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205)。
Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian)	OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-926-2588 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 1-208-332-7205).
한국어 (Korean)	주의: 한국어를 사용하지는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205)번으로 전화해 주십시오.
नेपाली (Nepali)	ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोलुनुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-926-2588 (टिडिवाइ: 1-208-332-7205) ।
Tiếng Việt (Vietnamese)	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
العربية (Arabic)	ملحوظة: إذا كنت تتحدث أذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالجان. اتصل برقم 1-800-926-2588 (رقم هاتف الصم والبكم: 7205-332-208-1).
Tagalog (Tagalog/Filipino)	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
Русский (Russian)	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-926-2588 (телетайп: 1-208-332-7205).
Français (French)	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
日本語 (Japanese)	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-926-2588 (TTY:1-208-332-7205) まで、お電話にてご連絡ください。
Română (Romanian)	ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
Ikirundi (Bantu-Kirundi)	ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
فارسی (Farsi)	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای با. باشد می ف (TTY: 1-208-332-7205) شما. بگیریید تماس 1-800-926-2588.
Deutsch (German)	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).

Formulario de solicitud de apelación

Instrucciones: Complete el formulario, fírmelo y envíelo. Envíe una copia del aviso y cualquier otro detalle.

Sección 1: Háblenos de la persona que necesita esta apelación. (obligatorio)

Nombre:	N.º de Medicaid:	Fecha de nacimiento:
Dirección:		
Correo electrónico:	Teléfono:	

Deseo recibir actualizaciones o avisos por (elija una opción): Correo electrónico Correo
 Teléfono

Sección 2: ¿Qué es lo que apela? ¿Qué medidas solicita? (obligatorio)

Explíquenos por qué solicita una apelación. Use papel adicional o el reverso del formulario si se queda sin espacio para escribir en el formulario.

Sección 3: ¿Está solicitando una apelación estándar o acelerada (rápida)? (elija una opción)

Solicito una apelación estándar.

Recuerde: Envíe su solicitud dentro de los **ciento veinte (120) días** siguientes a la fecha de la determinación de la apelación por parte de Magellan.

Solicito una apelación acelerada (rápida).

Recuerde: Este tipo de apelación es necesaria si su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la máxima funcionalidad están en peligro. Envíe su solicitud dentro de los **ciento veinte (120) días** siguientes a la fecha de la determinación de la apelación por parte de Magellan. Si es posible, incluya una nota de su proveedor médico explicándonos por qué no puede esperar una apelación estándar. Si no cumple los requisitos, la revisaremos como una apelación estándar.

Sección 4: ¿Qué más deberíamos saber? (opcional)

Representante autorizado

Quiero y apruebo que otra persona hable por mí o me represente en mi apelación.

Nombre/organización:	
Dirección:	
Correo electrónico:	Teléfono:
Firma del representante:	¿Es abogado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Adaptaciones especiales

Necesito un intérprete. Idioma (y dialecto):

Necesito otras adaptaciones. Enumérelas:

He leído la sección de *continuación de servicios o beneficios* y deseo continuar con mis servicios o beneficios.

Enviado por:

Correo electrónico
IBHPAppeals@dhw.idaho.gov

208-364-1811

Fax
Oficinas locales
del DHW

En persona Correo
IBHP Appeals
PO Box 83720
Boise ID 83720-0009

Formulario de solicitud de apelación

Sección 5: Firma (obligatorio)

Firma:

Si alguien le ayudó a completar el formulario, deberá firmar debajo:

Nombre (en letra de imprenta)

Relación/organización

Firma

Fecha

Enviado por:

Correo electrónico
IBHPAppeals@dhw.idaho.gov

208-364-1811

Fax
Oficinas locales
del DHW

En persona Correo
IBHP Appeals
PO Box 83720
Boise ID 83720-0009