

OBTENIENDO EL CUIDADO MEDICO (ADMINISTRADO) QUE NECESITA

Un Guia de Apelaciones de Medi-Cal para Denegaciones
de Atencion Medica Administrada



LEGAL AID
FOUNDATION
OF LOS ANGELES

Justice • Equity • Hope

ACERCA DE ESTE MANUAL

Este manual fue creado por la Fundación de Ayuda Legal de Los Ángeles (LAFLA) para proporcionar información general sobre cómo los beneficiarios de atención administrada de Medi-Cal pueden apelar la negación de servicios médicos y de equipo médico.

Está prohibido todo uso o copia sin autorización. Por favor, comuníquese con LAFLA para obtener permiso para reproducir o compartir cualquier parte de este manual. Agencias que cobran a personas por sus servicios no tienen permiso de hacer copia ni vender ninguna parte de este manual.

La información en este manual aplica únicamente a California. Las reglas y procedimientos pueden ser diferente en otros estados o programas, y cierta información aplica específicamente a Los Ángeles.

Los requisitos, reglamentos y fechas de vencimiento en este manual pueden cambiar en cualquier momento. Siempre comuníquese con la agencia gubernamental correspondiente para obtener la información más precisa y actualizada.

Este manual no reemplaza el asesoramiento legal o técnico. Para recibir asesoría sobre un problema específico, comuníquese con un abogado o experto técnico. Para una lista de organizaciones gratuitas de asistencia legal, por favor visite: <https://www.lawhelpca.org/find-legal-help/directory/area>

Para pedir copias, comuníquese:
Andrew Kazakes
Legal Aid Foundation of Los Angeles
5228 E. Whittier Blvd.
Los Angeles, CA 90022
(213) 640-3944

ÍNDICE

SOBRE ESTE MANUAL	1
INTRODUCCIÓN.....	3
Lo Básico: ¿Qué son Medi-Cal y Plan de Salud Cuidado Administrado?.....	3
Planes de Cuidado Administrado en el Condado de Los Ángeles.....	44
El Aviso de Negación (Determinación Adversa de Beneficios)	4
Tipos de notificaciones comunes de negación.....	5
Razones de negacion comunes	5
Tratando de "arreglarlo" antes de apelar	5
El Proceso de Apelación de Medi-Cal.....	6
Primer paso - Apelación del Plan.....	6
Cómo presentar la apelación del plan	7
Segundo paso - Audiencia Estatal / Revisión Médica Independiente	9
Cómo solicitar una revisión médica independiente (IMR)	11
Cómo solicitar una audiencia estatal	11
Conclusión y dónde obtener más ayuda.....	13

INTRODUCCIÓN

Si está leyendo este guía, probablemente le negaron un servicio médico o equipo médico que su médico le recetó, y cree que su plan de seguro de salud administrado se equivocó. El propósito de este guía es desmitificar el proceso de apelación de Medi-Cal.

Si su plan de seguro de salud de Cuidado Administrado le niega los servicios médicos o equipo que necesita para mantenerse saludable y funcional, tiene el derecho al debido proceso para impugnar esa decisión y que sea revisada, primero por el propio plan y luego por un revisor neutral fuera del plan. Este guía le guiará en los pasos necesarios y le dará información para dirigirlo/a la dirección correcta y ayudarlo a que se enfoque en lo que es importante y tener la mejor oportunidad de éxito en su apelación.

Aviso legal: ¡El sistema de salud es complicado! Ningún guía puede cubrir todas las distinciones y circunstancias específicas que pueden surgir. Este guía es un punto de partida para ayudarlo a orientarse sobre cómo empezar el proceso y, con suerte, hacerlo menos abrumador, pero no le dará respuestas a todas las preguntas. Consulte en la sección "Obtención de Ayuda" para enlaces y recursos si cree que podría necesitar asistencia más en detalle a su problema específico.

Lo Básico: ¿Qué son Medi-Cal y el Plan de Salud de Cuidado Administrado?

Medi-Cal es la versión de California del programa nacional Medicaid, un programa público de seguro de salud gratuito (o a veces de bajo costo) para personas que califican financieramente según sus ingresos y ahorros. Medi-Cal es diferente a los planes de seguro que uno compra a través de Covered California o proporcionados por un empleador. Medi-Cal también es diferente de Medicare, que es un programa nacional de seguro médico para adultos mayores y algunos jóvenes que reciben ciertos beneficios por discapacidad a través del Seguro Social. Este guía solo cubre apelaciones de Medi-Cal.

Cuidado Administrado vs. Modelos de Pago por Servicio

Medi-Cal originalmente fue diseñado como un modelo estatal de "pago por servicio" donde uno podía recibir atención directamente de cualquier proveedor médico en el estado que aceptara Medi-Cal. Hoy en día, prácticamente todos los condados en California han adoptado alguna forma del modelo de "cuidado administrado". En el cuidado administrado, uno se inscribe en un plan de salud específico y debe utilizar la red de proveedores médicos contratados para ese plan (similar al seguro de salud tipo HMO). Los planes de cuidado administrado también controlan el proceso de autorización para cosas como referencias a especialistas, prótesis y equipo médico (DME), pruebas médicas, procedimientos médicos y otros tratamientos.

Medi-Cal de pago por servicio aún existe, pero ahora está severamente restringido. Algunos pacientes cuyas necesidades de atención son demasiado complejas o especializadas para

que un plan de cuidado administrado las maneje pueden presentar una "Solicitud de Exención Médica" (o "MER" para abreviar) para mantenerse fuera del cuidado administrado y recibir Medi-Cal de pago por servicio. Una vez que está en un plan de atención administrada por más de 90 días, es sumamente difícil volver al Medi-Cal de pago por servicio. Consulte la sección a continuación para saber dónde obtener asesoría legal si quiere más información sobre cómo salir del cuidado Administrado.

La agencia estatal que supervisa Medi-Cal y los Planes de Cuidado Administrado es el Departamento de Servicios de Salud (DHCS).

Planes de Cuidado Administrado en el Condado de Los Ángeles

En el condado de Los Ángeles hay tres Planes de Cuidado Administrado principales en los que están inscritos los pacientes de Medi-Cal:

- L.A. Care
- Health Net
- Kaiser Permanente (with special enrollment limits)

Este guía se enfoca en el proceso de apelación proporcionado por L.A. Care y Health Net porque cubren a la gran mayoría de los pacientes de Medi-Cal en el condado de Los Ángeles. Pero en algunos casos, L.A. Care y Health Net pueden subcontratar su administración a otros planes de salud como Molina, Anthem Blue Cross o Blue Shield.

Fuera de Los Ángeles: Para consultar qué planes de cuidado administrado atienden a su condado, visita <https://www.dhcs.ca.gov/individuals/medi-cal-managed-care-health-plan-directory/>

El Aviso de Negación (Determinación Adversa de Beneficios)

Casi todas las apelaciones de Medi-Cal comienzan con un aviso de negación, también llamado "Determinación Adversa de Beneficios", o ABD para abreviar. Cada vez que su médico recomiende tratamiento médico o equipo que requiera aprobación, su Plan de Cuidado Administrado debe proporcionarle un aviso por escrito de su decisión.

Obténga la negación por escrito. Si se entera de la negación por parte del personal médico o de un representante del seguro en lugar de un aviso por escrito, debe solicitar de inmediato una copia del aviso de negación por escrito para que puedas ver la razón exacta de la negación y verificar la fecha de la negación para saber cuánto tiempo tiene para apelar.

Tipos comunes de avisos de negación

- Negación total: El servicio o equipo está totalmente negado.
- Aprobación parcial: Se aprueba una versión menor (y usualmente menos costosa) de lo solicitado. Aunque el aviso no use directamente la palabra "negación", sigue funcionando como una negación del servicio completo originalmente solicitado y puede ser apelado igual que un aviso de negación.
- Reducción, suspensión o terminación del servicio: Un servicio previamente autorizado puede ser reducido, pausado temporalmente o terminado permanentemente.
- Aplazamientos: No es estrictamente una negación, pero cuando el plan considera que falta información necesaria, pueden "diferir" una autorización para permitir más tiempo para presentar lo que falta antes de tomar una decisión.

Razones comunes de negación

No "Médicamente necesario": La ley de seguros de salud limita los servicios cubiertos por Medi-Cal solo a aquellos que son "médicamente necesarios". Este es un concepto algo vago que está abierto a interpretación y discusión en muchos casos, pero se define como servicios que son "razonables y necesarios para proteger la vida, prevenir enfermedades o discapacidades significativas, o aliviar dolor severo." [Welfare & Institutions Code § 10459.5](#).

Criterios de elegibilidad no cumplidos: Muchos servicios tienen criterios de elegibilidad definidos, y el plan puede decidir que su situación médica no los cumple. Esta negación suele verse con autorizaciones parciales, donde el plan aprueba una versión menor del servicio para la que considera que calificas en su lugar.

Administración del Utilización (límites de frecuencia): Además de las reglas de elegibilidad, también existen reglas sobre con qué frecuencia un paciente puede recibir ciertos servicios o equipos. Por ejemplo, reemplazo de sillas de ruedas generalmente solo se permiten una vez cada 5 años. Sin embargo, es importante recordar que la necesidad médica prevalece sobre estos límites de tiempo en la mayoría de los casos, y el hecho de que un plan no considere sus necesidades específicas al negar equipo o servicios basándose en reglas de tiempo puede ser una buena razón para apelar.

Tratando de "Resolverlo" Antes de Apelar

Comuníquese con el consultorio de su médico: Algunas negaciones de servicio son causadas por errores básicos o descuidos de papeleo que se pueden resolver haciendo unas llamadas. Como primer paso, usualmente es buena idea comunicarse con el consultorio de su médico para informarles de la negación y preguntar si su personal puede revisarlo y comunicarse con el plan para averiguar si hubo un error u otro problema fácil de resolver.

Oficina del Defensor/Investigador: El Departamento de Servicios de Salud tiene una oficina especial que intenta resolver problemas que los pacientes tienen con sus planes de atención medica administrada, llamada "Oficina de Cuidado Administrado y Salud Mental Medi-Cal del Defensor" (o simplemente "Defensor"). Aunque algunos asuntos requerirán una apelación, la oficina del Defensor muchas veces puede ayudar a resolver problemas, especialmente aquellos relacionados con errores administrativos o falta de comunicación del plan.

Así es como se puede comunicar con la oficina del Defensor:

Sitio web: <https://www.dhcs.ca.gov/services/mental-health-services-division-default/medi-cal-managed-care-and-mental-health-office-of-the-ombudsman/>
Teléfono: (888) 452-8609
Correo electrónico: MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov

¡Ponga atención a la fecha de plazo de su apelación! Si intenta resolver su problema de manera informal, recuerde que esto no impide que el tiempo pase para la fecha de vencimiento para apelar.

El Proceso de Apelación Medi-Cal

El proceso de apelación de Medi-Cal implica dos pasos básicos: 1. La apelación del plan, y 2. Audiencia Estatal y/o revisión médica independiente (IMR).

Primer paso – Apelación del Plan

Tienes **60 días** para apelar una Determinación Adversa de Beneficios (aviso de negación) con su plan de cuidado administrado. Este periodo de 60 días comienza a partir de la fecha indicada en el aviso en la mayoría de los casos. Debe presentar una apelación del plan y obtener la decisión del plan antes de poder solicitar una Audiencia Estatal o una Revisión Médica Independiente (IMR) (vea "Segundo Paso" abajo).

Dentro de los 5 días de presentar su apelación, su plan debe reconocer haber recibido su apelación y debe darle una decisión dentro de 30 días. Su decisión se llamará "Aviso de Resolución de Apelación" (NAR, por sus siglas en inglés). Si el plan no le da una respuesta dentro de los 30 días, puede tratar eso como una negación constructiva y solicitar una audiencia o un IMR.

"Queja" vs. "Apelación del Plan": Algunos términos en apelaciones pueden ser confusos, así que tome en cuenta que una "Queja" es diferente a una "Apelación del Plan". Se puede presentar una queja en cualquier momento para quejarse sobre la calidad del servicio que recibe del plan o de un proveedor. A diferencia de, una apelación del plan es un paso necesario en el proceso de apelación para desafiar un aviso de denegación u otra Determinación Adversa de Beneficios (ABD), y debe presentarse antes del plazo de 60 días mencionado anteriormente. Algunos formularios también llevan el título de "queja," pero se usan para presentar una queja o una apelación del plan.

Apelaciones Agilizadas: Si su salud está en riesgo urgente, puede solicitar una apelación acelerada, a la cual el plan debe responder dentro de 72 horas (aunque sujeto a una extensión de 14 días si el plan la solicita). Es muy recomendable trabajar con su médico para apoyar una solicitud de apelación acelerada, incluyendo proporcionar notas suplementarias o una carta explicando la necesidad urgente de que el plan apruebe el servicio médico. Ejemplos de cuando se justifica una apelación acelerada incluyen dolor severo o posible pérdida de vida, extremidad o función corporal importante si la atención médica se retrasa.

Cómo presentar su apelación de plan

L.A. Care, Health Net, y Kaiser ofrecen una variedad de métodos para apelar. Cualquier método que elija, recuerde de conservar documentación que demuestre cómo y cuándo presento su apelación. Si el plan pierde su apelación o dice que nunca lo recibieron, querrá tener su propia prueba de presentación para mostrarles.

Si recibe una negación de un plan subcontratado o IPA (Asociación de Práctica Independiente o Asociación Independiente de Médicos), debe leer y seguir la sección de derechos de apelación y comunicarse con su plan de Medi-Cal si tiene dudas sobre qué hacer. Si aún tiene problemas, consulte la lista de [recursos legales](#) al final de esta guía.

L.A. Care

Sitio web: <https://lacare.org/members/handbook/appeals>

Apelación en línea: <https://lacare.org/members/file-grievance/grievance-appeal-form>

Enlace al formulario de apelación:

https://lacare.org/sites/default/files/la6703_member_grievance_and_appeal_form_en_202602.pdf

Las versiones traducidas de este formulario están al final de la [página de Apelaciones en Línea](#)

Número telefónico: 1-888-839-9909

Número de fax: 213-438-5748 (Atención: Appeals & Grievances)

Correo:

Attention: Appeals & Grievances
L.A. Care Health Plan
1200 W. 7th Street
Los Angeles, CA 90017

Health Net

Sitio web: https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/appeals-and-grievances/medi-cal-appeals-and-grievances.html

Apelación en línea:

https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/appeals-and-grievances/medi-cal-appeals-and-grievances/medi-cal-appeal-grievance-form.html

Subir PDF (diferente a la apelación en línea):

https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/appeals-and-grievances/medi-cal-appeals-and-grievances.html

Enlace al formulario de apelación:

<https://www.healthnet.com/content/dam/centene/healthnet/pdfs/member/ca/medi-cal/hn-medi-cal-member-grievance-form.pdf>

Versiones traducidas de este formulario están disponibles en [este enlace](#).

Número telefónico: 1-800-675-6110

Número de fax: (877) 831-6019

Correo:

Health Net of California
Member Appeals and Grievance Department
P.O. Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348

Kaiser Permanente

- Número telefónico: 1-800-464-4000

- Revisión Agilizada (Emergencia): 1-888-987-7247
 - Apelación o Queja en Línea:
<https://healthy.kaiserpermanente.org/southern-california/support/submit-a-complaint#/tellus>
 - Enlace al formulario de apelación/queja (sur de California):
<https://healthy.kaiserpermanente.org/content/dam/kporg/final/documents/community-providers/scal/ever/member-grievance-appeal-form-non-medicare.pdf>
 - Enlace al formulario de apelación/queja (Norte de California):
<https://healthy.kaiserpermanente.org/content/dam/kporg/final/documents/community-providers/ncal/ever/non-medicare-grievance-form-en.pdf>
 - Versiones traducidas de estos formularios están disponibles aquí:
<https://healthy.kaiserpermanente.org/southern-california/support/forms>
<https://healthy.kaiserpermanente.org/northern-california/support/forms>
(selecciona la pestaña "Formularios" y haga clic en el signo más (+) junto a "Formularios de queja").
1. El domicilio postal local para enviar una versión imprimida del formulario de apelación/queja del plan se encuentra al final de los formularios de Apelación/Queja del Norte o del Sur de California

Segundo Paso – Audiencia Estatal / Revisión Médica Independiente

Solicitud de Audiencia Estatal

Si recibe un Aviso de Resolución de Apelación (NAR) que confirma la negación del plan, tiene 120 días para solicitar una Audiencia Estatal a través del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS), que supervisa la División de Audiencias Estatales (SHD).

Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) administrará la audiencia. Casi todos los ALJ son abogados con experiencia y no están empleados por su plan de cuidado administrado. Usted tendrá la oportunidad de presentar documentos y argumentos al juez antes de la audiencia, y en la audiencia podrá explicarle por qué fue error de que el plan de cuidado administrado le negó.

Generalmente, las audiencias son programadas dentro de 4 y 6 semanas después de solicitarlas, aunque también puede solicitar una audiencia acelerada si su problema es urgente. La decisión de la audiencia usualmente se publica dentro de un mes más o menos.

Para información más en detalle sobre cómo prepararse para una audiencia estatal, consulte nuestra guía especializada, "Representándose a uno mismo en una audiencia estatal."

Revisión Médica Independiente (IMR)

También tiene la opción de solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) si el plan niega un servicio solicitado porque consideran que no es "medicamente necesario", y luego mantiene la negación de necesidad médica después de que usted presenta una apelación del plan. En un IMR, un médico independiente revisa el servicio solicitado y cualquier documentación de apoyo, y toma una nueva decisión sobre si el servicio es médicamente necesario o no. Puede solicitar un IMR hasta 6 meses después del Aviso de Resolución de Apelación (NAR) del plan.

Peculiaridades del tiempo: El proceso de audiencia y el proceso de IMR son separados y puede elegir entre cualquiera de los dos. Sin embargo, no puede solicitar un IMR si ya asistió a una audiencia. Por otro lado, aún puede pedir una audiencia después de recibir una decisión del IMR, pero tenga en cuenta que los resultados del IMR pueden presentarse en la audiencia (y pueden ser usados en su contra si el IMR no tuvo éxito). Además, solicitar un IMR no pausa el plazo de 120 días para solicitar una audiencia. En realidad, puede ser difícil pedir un IMR y una audiencia a la vez, y se le recomienda elegir una de estas opciones de apelación para enfocar sus esfuerzos.

Entonces, ¿cuál debería elegir?

No siempre hay una respuesta clara aquí, pero hay algunas cosas que debe tener en cuenta al tomar esta decisión:

1. Un IMR se enfoca en el tema de la necesidad médica, así que, si ese no es el problema en su caso, debería solicitar una audiencia.
1. Si le están cortando un servicio médico y quiere que continúe durante el proceso de apelación, puede solicitar "Pagos de Ayuda Pendiente" al solicitar una audiencia, pero no un IMR. Tenga en cuenta que tiene que solicitar Pagos de Ayuda Pendiente antes de que se corte el servicio.
1. Debe considerar si el asunto en su caso sería mejor entendido y decidido a su favor por un profesional médico o legal. Tenga en cuenta que el juez en una audiencia también puede decidir asuntos relacionados con la necesidad médica, solo que puede tener un punto de vista diferente al de un médico al revisar la evidencia. Los médicos ven la evidencia médica a través del lente de su formación y experiencia médica. Los abogados (es decir, jueces) están capacitados para

aplicar reglas y regulaciones a hechos y pruebas, y pueden tener más experiencia en temas de equidad procesal, testimonio de testigos y resolución de disputas fácticas.

Ultimadamente, debe usar su mejor juicio para decidir qué opción de apelación elegir. Pero quizá quiera consultar estos recursos para obtener más información sobre cada proceso:

(IMR) - Disability Rights California, "[Medi-Cal Managed Care: An Independent Medical Review \(IMR\) Can Change a Plan's No to Yes.](#)"

(Audiencia) – Legal Aid Foundation of Los Angeles, "[Representing Yourself in a State Hearing.](#)"

Cómo Solicitar una Revisión Médica independiente (IMR)

Las Revisiones Médicas Independientes son recibidas y procesadas por el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC), que es una rama del Departamento de Servicios de Salud (DHCS).

Sitio web y formulario de apelación en línea:

<https://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/SubmitanIndependentMedicalReviewComplaintForm.aspx>

Enlace al formulario de apelación en PDF:

<https://www.dmhc.ca.gov/Portals/0/Docs/HC/AccessibleIMRFormEnglish.pdf>

Versiones traducidas de este formulario están disponibles en [este enlace](#).

Número de teléfono: 1-888-466-2219

Número de fax: 916-255-5241

Correo:

Department of Managed Health Care
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814

Cómo Solicitar una Audiencia Estatal

Las Audiencias Estatales son supervisadas por la División Estatal de Audiencias (SHD), una rama del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS).

Puede solicitar una audiencia por teléfono, correo o en línea. Aquí está el sitio web del CDSS con información sobre estas opciones: <https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests>

En línea:

- Visite el Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) [Appeals and Case Management System \(ACMS\)](https://acms.dss.ca.gov/acms/) at: <https://acms.dss.ca.gov/acms/>.
- No necesita una cuenta para solicitar una audiencia. En la sección llamada "¿Necesita más información?" cerca del final de la página, haz clic "[Submit Appeal without an Account.](#)"
- Por correo electrónico: SHDCSU@dss.ca.gov

Por teléfono:

- Llame a la División de Audiencias Estatales de CDSS al (800) 743-8525.
- Dígales todos los programas con los que tiene problemas (por ejemplo, Medi-Cal) y explícales que recibió un Aviso de Resolución de Apelación (NAR) de su plan de atención administrada y que busca apelar eso. Tenga la NAR lista para proporcionar la fecha.
- Si va a necesitar un intérprete en la audiencia, pida uno ahora.

Por correo:

- Complete el formulario de solicitud de apelación, llamado crípticamente NA Back-9:
<https://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/NABACK9.PDF>
- Versiones traducidas de este formulario se encuentran en esta página, haciendo clic en el idioma deseado y luego hacia abajo encontrara el enlace "NA Back-9":
<https://www.cdss.ca.gov/inforesources/translated-forms-and-publications>
- Marca la casilla de Medi-Cal y explique que obtuvo un Aviso de Resolución de Apelación (NAR) de su plan de cuidado administrado y que está buscando apelar eso.
- No trate de explicar sus razones para pedir una audiencia en este formulario. Manténgalo simple, como: "La decisión de negar mi equipo médico fue incorrecta."
- Si necesita un intérprete, marque la casilla para pedir uno. Completa su idioma o dialecto.
- Antes de enviar el formulario por correo, haga una copia para usted.

- Envíe su formulario por correo certificado, pidiendo recibo, a:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-442
Sacramento, California 94244-2430

Conclusión y dónde obtener más ayuda

¡Usted puede! Ya ha logrado mucho al llegar hasta aquí. Una apelación puede parecer intimidante, pero es su oportunidad de explicar lo que está pasando y tener una oportunidad justa de ser escuchado. Si se toma su tiempo y se mantiene organizado, puedes superarlo. No tiene que hacer todo perfectamente—solo haga lo mejor que pueda. Y si se siente atorado o quiere apoyo, siempre puede comunicarse con su oficina local de asistencia legal.

Puede encontrar oficinas de asistencia legal que trabajan en su condado local en este sitio web: <https://www.lawhelpca.org/find-legal-help/directory/area>.

En Los Ángeles, puede comunicarse:

- Legal Aid Foundation of Los Angeles
- Health Consumer Center (Neighborhood Legal Services of Los Angeles County)
- Bet Tzedek
- Public Counsel
- Center for Health Care Rights
- Disability Rights California
- Alliance for Children's Rights (for cases involving children or those under age 21)