

## CÓMO PEDIR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Utilice este formulario de solicitud de audiencia imparcial (vea el reverso de esta página) si está afiliado en alguna de las organizaciones contratadas por MassHealth para Cuidado Administrado, el Programa de médico de cabecera de salud (PCC) en la conducta, o la Organización de atención para ancianos (en lo sucesivo se nombran como Contratista de Cuidado Administrado) y:

- (1) usted está en desacuerdo con la acción del Contratista de Cuidado Administrado al denegar, reducir, cambiar o interrumpir un servicio;
- (2) usted está en desacuerdo con la acción del Contratista de Cuidado Administrado al denegar el pago por un servicio (a no ser que la negativa sea por razones de procedimiento, tal como no seguir las normas de obtener autorización previa o de citas, o no presentando una reclamación a tiempo);
- (3) el contratista de Cuidado Administrado no le dio servicio dentro de los estándares de acceso al tiempo de espera descritos en su folleto de miembro;
- (4) el contratista de Cuidado Administrado no tomó una decisión en cuanto su petición de autorizar un servicio dentro de los márgenes de tiempo de autorización de servicio descritos en su folleto de miembro; o
- (5) el contratista de Cuidado Administrado no tomó acción a su apelación interna dentro de los márgenes de tiempo de su folleto de miembro.

También, si está afiliado a una Organización de Cuidado Administrado y vive en un área de servicio rural (únicamente en los condados de Nantucket o Dukes) que está atendida por una sola organización de cuidado administrado, usted puede usar este formulario si la organización de cuidado administrado denegó su petición de obtener servicios fuera de la red de la organización.

### Su derecho a apelar

Si no está de acuerdo con la acción del Contratista de Cuidado Administrado (incluido en la lista en la parte inferior del formulario de petición de audiencia imparcial del reverso), usted tiene el derecho a apelar y pedir una audiencia imparcial ante un directivo auditor después de haber ido, si así se requiere, a través del proceso de apelación interno del Contratista de Cuidado Administrado. Si está afiliado en una Organización de atención para ancianos, no es preciso que pase usted por el proceso de apelación interno.

### Apelaciones normales y aceleradas

Si su apelación se hizo dentro de los plazos de apelación estándar del proceso de apelación interno del Contratista de Cuidado Administrado, la Junta de Audiencias debe recibir su solicitud de audiencia imparcial dentro de los **30 días del calendario** de la fecha del envío por correo a usted de la notificación escrita final del Contratista de Cuidado Administrado. Si está usted afiliado en una Organización de Cuidado de la Tercera Edad, la Junta de Audiencias debe recibir su solicitud de audiencia imparcial dentro de los **30 días del calendario** de la fecha del envío por correo de la notificación apelable de la Organización de atención para ancianos.

Si su apelación se hizo de forma acelerada (fue vista rápidamente) en el proceso de apelación interno del Contratista de Cuidado Administrado, para que su apelación sea acelerada por la Junta de Audiencias, la Junta de Audiencias debe recibir su solicitud de audiencia imparcial dentro de los 20 días de la fecha del calendario del envío por correo a usted de la notificación escrita final del Contratista de Cuidado Administrado. Sin embargo, si la Junta de Audiencias recibe su petición de audiencia imparcial entre 21 y 30 días del calendario de la fecha del envío por correo a usted de la notificación escrita final del Contratista de Cuidado Administrado, entonces la Junta de Audiencias procesará su apelación dentro de los plazos normales de apelación.

### Cómo apelar

Para pedir una audiencia imparcial, rellene el formulario de solicitud de audiencia imparcial (asegúrese de rellenar la **Sección II - Razón de la apelación**) y envíe una copia de la notificación oficial por escrito del Contratista de Cuidado Administrado a: **Board of Hearings, Office of Medicaid, 100 Hancock Street, 6<sup>th</sup> Floor, Quincy, MA 02171** o envíela por fax al **617-847-1204**. Conserve una copia de la petición de audiencia imparcial para su propia información.

### Si está usted recibiendo ahora los servicios solicitados

Si la Junta de Audiencias recibe su petición de audiencia imparcial antes de que se tome la acción o, si es más tarde, dentro de 10 días del calendario de la fecha de envío por correo de la notificación escrita del Contratista de Cuidado Administrado dirigida a usted, usted continuará recibiendo los servicios solicitados hasta que se tome una decisión acerca de su apelación. Si usted recibe los servicios solicitados durante su apelación y luego pierde la apelación, es posible que tenga que repagar a MassHealth por el costo de los servicios solicitados que recibió durante este periodo. Si desea no continuar recibiendo los servicios solicitados durante la apelación, marque la **Casilla A en la Sección III** en el formulario de petición de audiencia imparcial. Si usted no recibe los servicios solicitados durante su apelación y, más tarde gana su apelación, el Contratista de Cuidado Administrado restaurará sus servicios solicitados.

### Fecha de audiencia imparcial

Con una antelación de por lo menos 10 días de la fecha del calendario antes de audiencia imparcial, la Junta de Audiencias le enviará una notificación indicando la fecha, hora y lugar de la audiencia. Esto le dará tiempo para prepararse para la audiencia. Si usted desea tener una audiencia en el plazo más breve posible, marque la **Casilla B en la Sección III** en el formulario de petición de audiencia imparcial para tener una audiencia acelerada. Si tiene una causa justificada para no asistir a la audiencia, o si precisa de una audiencia por teléfono, llame a la Junta de Audiencias al **617-847-1200** o al **1-800-655-0338** antes de la fecha de la audiencia. Si usted no reprograma o si no llega a tiempo a la audiencia sin una buena causa documentada, su apelación será desechada.

### Su derecho a recibir ayuda durante la audiencia

En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo o a través de un abogado u otro representante a costo suyo. Usted puede contactar un servicio legal local o agencia comunitaria para que le aconsejen o le representen sin cargo. Para obtener información sobre servicios legales o agencias comunitarias, llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648 para personas con sordera parcial o total).

### Si necesita un intérprete o un dispositivo de ayuda

Si usted no comprende inglés y, o tiene problemas con la vista o su audición, la Junta de Audiencias le proveerá un intérprete y, o un dispositivo de ayuda durante la audiencia. Si usted necesita un intérprete o dispositivo de ayuda, marque **una o ambas de las Casillas C o D, en la Sección III** en el formulario de petición de audiencia imparcial o llame a la Junta de Audiencias al **617-847-1200** ó **1-800-655-0338** por lo menos con **cinco días laborables de anticipación** a la fecha de la audiencia.

### Su derecho a ver su expediente

Usted y/o su representante pueden ver su expediente, el cual está en posesión del Contratista de Cuidado Administrado antes de la audiencia. Su Contratista de Cuidado Administrado le dará copias de su expediente por lo menos cinco días laborables antes de la audiencia o, si su apelación es acelerada, un día laborable antes de la fecha que la Junta de Audiencias le haya notificado a usted y a su Contratista de Cuidado Administrado cuando la audiencia va a tener lugar. Si desea ver su expediente con más anticipación debe hacer una cita antes de la audiencia con el Contratista de Cuidado Administrado. **Su expediente no se guarda en la Junta de Audiencias.** Llame a su Contratista de Cuidado Administrado si tiene preguntas sobre su expediente.

### Su derecho a citar testigos y su derecho a preguntar

Usted o su representante pueden escribir a la Junta de Audiencias para pedir que se cite a testigos o se presenten documentos en la audiencia. Usted o su representante pueden someter pruebas o interrogar a los testigos durante la audiencia. El directivo auditor tomará una decisión basándose en todas las pruebas presentadas durante la audiencia imparcial.

### AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN PARA SOLICITANTES Y AFILIADOS

Bajo las leyes federales y estatales, MassHealth no discrimina por razones de raza, color, género, orientación sexual, origen nacional, religión, creencia, edad, estado de salud o discapacidad.

# FORMULARIO DE PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

COMPETE TODAS LAS SECCIONES QUE SEAN APLICABLES. ESCRIBA CON CLARIDAD.

## SECCIÓN I:

### Información del afiliado

Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono: (      ) \_\_\_\_\_

Número de identificación de MassHealth o de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre del titular en tarjeta de MassHealth  
(si es diferente): \_\_\_\_\_

## SECCIÓN II:

### Razón de apelación (Marque la casilla que corresponda.)

- Estoy afiliado en una Organización de Cuidado Administrado o en el Programa de médico de cabecera de salud (PCC) en la conducta y estoy apelando la acción o falta de ella del Contratista de Cuidado Administrado (señalado en la lista en la parte inferior de este formulario) acaecida en (escriba la fecha de la notificación por escrito): \_\_\_\_\_

Por el hecho de marcar esta casilla, certifico que he pasado a través del proceso interno de apelación del Contratista de Cuidado Administrado. (Recuerde enviar con este formulario una copia de la notificación final a usted del Contratista de Cuidado Administrado.)

- Estoy afiliado con una Organización de atención para ancianos y estoy apelando una decisión de la Organización de atención para ancianos. [Recuerde enviar con este formulario una copia de la notificación final por escrito y de cualesquiera otras notificaciones enviadas a usted por la Organización de atención para ancianos durante el proceso interno de apelación (si usted eligió ir a través del proceso interno de apelación)].
- Otras razones: Deseo una audiencia imparcial porque: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN III:

### Información sobre la apelación (Marque las casillas que correspondan.)

- A. No deseo continuar recibiendo MassHealth durante el proceso de apelación.
- B. Necesito una audiencia acelerada.
- C. Necesito un intérprete  
(¿De qué idioma? \_\_\_\_\_)  
a ser provisto por la Junta de Audiencias.
- D. Necesito un dispositivo de ayuda a ser provisto por la Junta de Audiencias  
[Describa que tipo de dispositivo de ayuda precisa. Por ejemplo: lenguaje de señas americano (ASL)]: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN IV:

### Representante para la apelación (de haberlo)

Mi representante para la apelación es: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono: (      ) \_\_\_\_\_

### FOR MCO-PCCBH-SCO USE ONLY

Managed Care Contractor: \_\_\_\_\_

Telephone No.: \_\_\_\_\_

Date of Action: \_\_\_\_\_