

<<PLACEHOLDER FOR MCE & HCPF CO-BRANDING>>

Must include Alt text, Cannot be inside Header

<<Month DD, YYYY>>

<<Name Of Member>>

<<Address>>

<<City, State, Zip>>

Denegación de pago

Esto no es una factura ni una solicitud de pago

Estimado/a << Member's Name/Parent Or Guardian Of Member's Name >> :

Somos <<RAE>>, su organización regional de Health First Colorado (programa Medicaid de Colorado). Como su organización regional, administramos algunos de sus servicios de salud conductual.

El <<date>>, recibimos una solicitud de pago de <<requester (e.g., provider, you, etc., include name and title where possible)>> para <<service description and amount/duration if applicable>>. Tras revisión, decidimos <<partially deny/deny>> la solicitud de pago el <<date of decision>>.

****OPTIONAL-If partial denial, add the following section****

Del monto solicitado, hemos aprobado <<insert description of the amount partially approved>>.

Su proveedor no puede facturarle por servicios cubiertos

La ley estatal de Medicaid de Colorado prohíbe que todos los proveedores (hospitales, clínicas, médicos, etc.) le facturen por cualquier servicio que sea un beneficio cubierto por Health First Colorado. Si su proveedor le solicita pago directamente, comuníquese con nosotros al <<Phone>>/TTY <<Phone>>.

Importante: Esta decisión solo corresponde al servicio indicado en esta carta. Sus otros beneficios de salud no cambian.

No está obligado a tomar ninguna acción

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar. Debe hacerlo antes de <<calculate 60 calendar days from date on letter>>. Consulte la sección **"Si no está de acuerdo con esta decisión"** para instrucciones y la

sección **"Para ayuda con su apelación o audiencia imparcial estatal"** para recibir ayuda.

Cómo tomamos nuestra decisión

*****Select ONE option based on reason for adverse benefit decision *****

<<Medical Necessity:

Revisamos las solicitudes de servicios utilizando criterios de necesidad médica. Tras revisar la información recibida de su proveedor, hemos <<partially denied/denied>> la solicitud de pago para <<service description and dates of service>> porque <<provide relevant medical necessity criteria and provide explanation of how the member did not meet criteria and how that informed your decision in a manner that is easy for the member to understand>>.>>

**** OR ****

<<Administrative Denial:

Hemos <<partially denied/denied>> la solicitud de pago para <<service description and amount/duration>> porque <<insert reason for administrative/policy criteria for denial>>.>>

<<Insert free text describing member's facts as they relate to the admin/policy criteria, and if applicable, any actions members can take to remedy denial outside of appeals process>>

Servicios para miembros de 20 años o menos

Si tiene 20 años o menos, su solicitud también fue revisada para determinar su necesidad médica según las regulaciones de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés) establecidas en 10 C.C.R. 2505-10, Sección 8.280. EPSDT proporciona servicios integrales y preventivos de asistencia médica para personas de 20 años o menos que estén inscritas en Medicaid. <<MCE>> es responsable de coordinar los servicios de EPSDT incluso cuando dichos servicios no estén cubiertos por <<MCE>> y puede ayudarle.

Si tiene preguntas o necesita ayuda

Podemos ayudarle a coordinar o conectarle con otras opciones de asistencia médica. También podemos proporcionarle más información sobre esta decisión. Usted o su representante pueden solicitar una copia gratuita de su expediente, que incluye registros médicos, una copia de las directrices y

otros documentos e información sobre el por qué tomamos la decisión que se indica en esta carta. Para ayuda o más información, llame a <<MCE>>> al <<**Phone**>>. Para las personas que llaman con discapacidades del habla o la audición pueden llamar al **TTY** << **Phone**>>. Esta información se proporcionará sin costo alguno.

Atentamente,

<<MCE>>

<<CC:>>

Si no está de acuerdo con esta decisión

Tiene derecho a apelar cualquier decisión sobre su cobertura médica.

Primero, apele la decisión con <<MCE>>

Debe presentar su apelación a más tardar **60 días calendario** desde la fecha de esta carta. Un profesional de salud de <<MCE>> revisará su apelación. El revisor no será la misma persona que tomó la decisión. La fecha límite para solicitar la apelación es <<calculate 60 calendar days from date on letter>>.

Puede presentar su apelación de cualquiera de estas maneras:

- Enviar un correo electrónico a <<MCE Email>>
- Llamar al <<MCE Phone>> para indicar que desea apelar. TTY <<Phone>> Retransmisión estatal: 711 para personas con dificultades auditivas o del habla.
- Enviar una carta a:
 <<MCE>>
 <<Address>>
 <<City, State, Zip>>
- Enviar un fax a <<Fax>>

Su apelación debe incluir:

- Su nombre
- Su dirección postal y teléfono
- Su identificación de miembro de Health First Colorado
- Una declaración indicando que está apelando una decisión sobre su atención médica
- Su firma (si envía carta)

También es útil incluir:

- Documentos que expliquen por qué no está de acuerdo, cómo una carta de su proveedor
- Copia de la carta de decisión
- Una solicitud para un intérprete u otras adaptaciones que usted necesite

Si necesita una decisión de apelación más rápida

Si usted o su proveedor consideran que esperar 10 días hábiles para obtener una decisión sobre su apelación podría poner en grave riesgo su vida y su salud, puede solicitar una apelación más rápida (acelerada). Cuando presente su apelación, infórmenos si necesita una apelación más rápida y por qué la necesita. Si estamos de acuerdo en que es necesaria una apelación más rápida, nos comunicaremos con usted para informarle nuestra decisión sobre la apelación dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud de apelación más rápida. Si no estamos de acuerdo en que es necesaria una apelación más rápida, nos comunicaremos con usted dentro de 2 días calendario.

Lo que sucede después de solicitar la apelación

<<MCE>> confirmará que recibimos su solicitud en un plazo de **2 días hábiles** y le daremos nuestra decisión en un plazo de **10 días hábiles**. Usted o <<MCE>> pueden solicitar un plazo adicional de **14 días calendario** si es necesario.

Le enviaremos una carta y lo contactaremos por teléfono para hacerle saber la decisión o cualquier extensión. Si no recibe respuesta en **10 días hábiles** o no está de acuerdo con la decisión de la apelación, puede solicitar una audiencia imparcial estatal. Consulte **“Cómo solicitar una audiencia imparcial estatal”** para obtener instrucciones.

Ayuda de un representante designado

Puede elegir a alguien para presentar la apelación por usted. Puede ser un amigo, familiar, proveedor o cualquier persona de su confianza. Para designar a alguien como su representante, complete un “Formulario de representante designado”: <<instructions for finding the form>>.

También es posible que deba firmar un “Formulario de divulgación de información” que nos permita compartir su información médica con su representante designado. Puede que no necesite este formulario si su médico o tutor legal es su representante. Llame al <<Phone>>/TTY<<Phone>> para preguntar si necesita firmar este formulario. Si necesita firmarlo, puede obtener una copia del formulario en línea en <<link to Release of Information Form>>, o puede solicitar que se le envíe.

Si no está de acuerdo con una decisión de apelación sobre tratamiento residencial de salud mental para un menor, puede solicitar una segunda revisión.

Si usted es padre, madre o tutor de un menor de 18 años o menos y <<MCE>> deniega el tratamiento residencial de salud mental de su hijo, tiene derecho a solicitar una revisión objetiva por un tercero. La Ley de Tratamiento de Salud Mental para Niños y Jóvenes (C.R.S. 27-67-101) le otorga este derecho.

Bajo la Ley de Tratamiento de Salud Mental para Niños y Jóvenes, usted tiene derecho a solicitar una revisión objetiva por parte de un tercero a través de la Administración de Salud Conductual. La Administración de Salud Conductual asignará a un profesional independiente para realizar una revisión clínica gratuita y proporcionar una segunda opinión sobre su apelación. Debe solicitar esta revisión por parte de un tercero dentro de los 5 días hábiles posteriores a que <<MCE>> emita nuestra decisión de apelación. Puede solicitar esta revisión por parte de un tercero incluso si no solicita una audiencia imparcial estatal sobre su apelación. Esta revisión objetiva por parte un tercero no garantiza la financiación de servicios.

Si desea solicitar a la Administración de Salud Conductual que revise la decisión que tomamos sobre su apelación, envíe un correo electrónico, llame o escriba a:

- Correo electrónico: cdhs_bha@state.co.us
- Teléfono: 303-866-7400
- Administración de Salud Conductual
710 S. Ash St.,
Denver, CO 80246

Cómo solicitar una audiencia imparcial estatal

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación o si no cumplimos con los plazos de apelación indicados en este aviso, puede solicitar una audiencia imparcial estatal ante la Oficina de Tribunales Administrativos en un plazo máximo de 120 días calendario a partir de la fecha de la decisión de apelación de <<MCE>>.

Para solicitar una audiencia imparcial estatal a la Oficina de Tribunales Administrativos, escriba, llame, envíe fax, correo electrónico o presente la solicitud en línea:

Método de contacto	Información de contacto
Por correo o en persona	Oficina de Tribunales Administrativos 1525 Sherman St., 4.º piso Denver, CO 80203
Teléfono	303-866-2000
Fax	303-866-5909 (10 páginas o menos; de lo contrario, envíe su solicitud por correo)
Correo electrónico	oac-gs@state.co.us
En línea	Someter un formulario en línea utilizando el sistema de presentación electrónica de la Oficina de Tribunales Administrativos (es necesario registrarse): oac.colorado.gov/resources/oac-e-filing-system Rellene el formulario de Solicitud de audiencia a nivel estatal. Se encuentra en la página de formularios de la Oficina de Tribunales Administrativos, en la sección Formularios de servicios generales: oac.colorado.gov/resources/oac-forms

Su carta debe incluir:

- Su nombre
- Su dirección postal y teléfono

- La decisión que está apelando y el motivo de la apelación. Puede incluir una copia de la carta con la decisión con la que no está de acuerdo
- Su firma
- Número de identificación de miembro de Health First Colorado, si se conoce
- Solicitud para un intérprete u otras adaptaciones que necesite

Para ayuda con su apelación o audiencia imparcial estatal

- Comuníquese con el Defensor del Pueblo de Salud Conductual (Ombudsman)
 - Ombudsman: Persona que ayuda a resolver quejas, apelaciones y otros asuntos relacionados con su atención médica
 - Llame al **303-866-2789** (Retransmisión estatal: 711) para personas con dificultades auditivas o del habla)
 - Correo electrónico: ombuds@bhoco.org
 - Sitio web: <https://behavioralhealthombudsman.colorado.gov/>
- También puede llamar a <<MCE>>: <<MCE Phone>>

Lo que sucede después de solicitar una audiencia imparcial estatal

Después de solicitar una audiencia imparcial estatal, la Oficina de Tribunales Administrativos le enviará una carta explicando el proceso y fijará una fecha para su audiencia. Un juez revisará su caso y tomará la decisión final.

¿Qué ocurre después de una decisión a su favor?

Si la decisión de la apelación o de la audiencia imparcial estatal es a su favor, <<MCE>> debe proporcionarle sus servicios con rapidez. Esto ocurrirá a más tardar 72 horas después de que <<MCE>> reciba la notificación de la decisión favorable. <<MCE>> le informará cuándo puede continuar recibiendo sus servicios.

<<Place Holder For MCE Non-Discrimination Notice>>

BORRADOR

<<Place Holder For Language Assistance Notice>>

BORRADOR