

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

Must include Alt text, Cannot be inside Header

<<Month DD, YYYY>>

<<Name Of Member>>

<<Address>>

<<City, State, Zip>>

Decisión sobre su servicio

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>>, decidimos <<reduce your <<service>> de <<previously authorized amount to new amount>>/pause your <<service>>/ stop your <<service>>. Esta decisión entra en vigor a partir del <<effective date of decision>>.

Importante: Esta decisión es solamente para el servicio que se enumera en esta carta. Sus demás beneficios de salud no cambian.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar. Debe apelar antes del <<calculate 60 calendar days from date on letter>>. Consulte la sección **"Si no está de acuerdo con esta decisión"** en esta carta para instrucciones y **"Para ayuda con su apelación o audiencia imparcial estatal"** para obtener ayuda.

También puede solicitar que este servicio continúe durante la apelación. Consulte la sección **"Continuación de este servicio"** en esta carta para instrucciones y ayuda.

Cómo tomamos nuestra decisión

Hemos <<reduced/paused/stopped>> este servicio porque <<no longer medically necessary/other>>. <<Explain medical facts / history of the member, criteria the member did not meet, and how that informed your decision in a manner that is in plain language easy for the member to understand>>.

Aunque este servicio está siendo <<reduced, paused, or stopped>>, puede hablar con su proveedor sobre los siguientes servicios alternativos recomendados <<describe services or level of care they may qualify for>>.

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. También es posible que pueda continuar con este servicio durante su apelación.

Primero, apele la decisión con <<MCE>>

Debe presentar su apelación ante nosotros a más tardar **60 días calendario** a partir de la fecha de esta carta. Un profesional de la salud de <<MCE>> revisará su apelación. El revisor no será la misma persona que tomó la decisión en esta carta. El último día en que puede solicitar una apelación es <<calculate 60 calendar days from date on letter>>.

Puede presentar su apelación de cualquiera de estas maneras:

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

Su apelación debe incluir:

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

También es útil incluir:

- Cualquier documento que demuestre por qué no está de acuerdo, como una carta de su proveedor
- Una copia de la carta de decisión
- Una solicitud para un intérprete u otras adaptaciones que usted necesite

Continuación de este servicio durante la apelación

Puede mantener este servicio durante la apelación hasta que se tome una decisión definitiva. Para hacer esto, primero debe presentar una apelación. Para continuar con su servicio durante la apelación, solicite la continuación de servicios a más tardar 10 días después de la fecha que figura en esta carta, <<calculate 10 calendar days after date on letter>>, o antes de la fecha del cambio de servicio, <<effective date of decision>>, la que sea posterior. Puede solicitar continuar con el servicio al mismo tiempo o después de solicitar una apelación.

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 qué sucede después de solicitar una 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 nos pondremos en contacto con usted por teléfono para comunicarle nuestra decisión o cualquier extensión. Si no recibe una decisión en un plazo de **10 días hábiles**, o si no está de acuerdo con la decisión de la apelación, puede solicitar una audiencia imparcial estatal. Consulte "**Cómo solicitar una audiencia imparcial estatal**" para instrucciones.

Ayuda de un representante designado

Puede elegir a alguien para que presente la apelación por usted. Puede ser un amigo, un familiar, un 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>>.

Puede ser que también necesite firmar un "Formulario de divulgación de información" que nos permita compartir su información médica con su representante designado. Es posible que no necesite este formulario si su médico o tutor legal es su representante. Llámenos 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 el formulario.

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

Si usted es padre, madre o tutor de un niño menor de 18 años y <<MCE>> le niega a su hijo el tratamiento residencial de salud mental, tiene derecho a solicitar una revisión objetiva por parte de 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 que realice una revisión clínica gratuita y proporcione una segunda opinión sobre su apelación. Debe solicitar esta revisión por parte de un tercero en un plazo de **5 días hábiles** después de que <<MCE>> tome nuestra decisión sobre la 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 de 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:

- 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>>.

Continuación de sus servicios durante la audiencia imparcial estatal

Si sus servicios continuaron durante el proceso de apelación con <<MCE>>, tiene derecho a mantenerlos durante el proceso de audiencia imparcial estatal. Debe solicitar a <<MCE>> que continúe con sus servicios a más tardar 10 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 un fax, envíe un correo electrónico o envíe una 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 número de teléfono
- La decisión que está apelando y la razón por la que está apelando. Puede incluir una copia de la carta en la que se detalla la decisión con la que no está de acuerdo
- Su firma
- Número de identificación de miembro de Health First Colorado, si lo 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: Personas que ayudan a resolver quejas, apelaciones y otros asuntos relacionados con su atención médica
 - Llame: **303-866-2789** (Retransmisión estatal: 711 para personas que llaman con discapacidades auditivas o del habla)
 - Correo electrónico: ombuds@bhoco.org
 - Sitio web: <https://behavioralhealthombudsman.colorado.gov/>
- También puede llamar a <<MCE>>: <<MCE Phone>>

Lo qué sucede después de solicitar una audiencia imparcial estatal

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

¿Qué sucede 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