



California's Protection & Advocacy System

## Atención administrada de Medi-Cal: apelaciones y quejas

---

*Actualizado en julio de 2018, Pub. N.º 5606.02 - Spanish*

### **¿Qué puedo hacer si no me agrada algo que hizo mi plan de atención administrada de Medi-Cal?**

Desde el 1 de julio de 2017, California observa nuevos reglamentos federales acerca de cómo apelar una decisión o conflicto sobre los beneficios y cómo lograr que el plan de atención administrada analice otros asuntos mediante una queja. En primer lugar, lo mejor es hablar directamente con su proveedor o llamar al número del servicio de atención al cliente de su plan. Si eso no resuelve el problema, puede tomar una de las medidas a continuación. Para obtener más información acerca de los nuevos reglamentos federales, puede leer la publicación del Programa Nacional de Derecho Médico (NHeLP) sobre este asunto en el siguiente enlace: [haga clic aquí para acceder a la página del “Resumen 2: Reglamentos finales y sistema de quejas y apelaciones en la atención administrada de Medicaid” en el sitio web del NHeLP](#). El NHeLP también lanzó una publicación muy detallada sobre las apelaciones y quejas en la atención administrada de Medi-Cal (*Edición 4: Quejas internas y revisión externa en caso de rechazo de los servicios en los planes de atención administrada de Medi-Cal*), que se encuentra disponible para descargarla en el siguiente enlace: [haga clic para acceder a la página “Serie de atención administrada en California, Edición 4: Quejas internas y revisión externa en caso de denegación de los servicios en los planes de atención administrada de Medi-Cal” en el sitio web del NHeLP](#).

NOTA: La Carta a todos los planes 17-006 contiene información más detallada acerca de lo que se discute a continuación, como la forma de las

notificaciones, y se encuentra disponible en el siguiente enlace: [haga clic aquí para acceder al PDF de la Carta a todos los planes 17-006, ref.: “Requisitos para la quejas y apelaciones, plantillas de notificación revisadas y anexos de ‘sus derechos’” en el sitio web del DHCS.](#)

## **I. Presente una apelación ante su plan de atención administrada**

En primer lugar, es importante saber acerca de la determinación adversa de beneficios (ABD).<sup>1</sup> Una ABD es una resolución que toma su plan de atención administrada y que afecta su atención, tal como el retraso, la modificación, la denegación o la reducción de los servicios; la denegación del pago o el pago parcial de un servicio; o la determinación de que el servicio solicitado no está cubierto. Ahora se utiliza el término ABD en vez de “notificación de resolución” o “NOA”. Para obtener más información acerca de lo que incluye la ABD, consulte la página 2 de la Carta a todos los planes 17-006 que se mencionó anteriormente.

Todo plan de atención administrada debe tener un sistema de apelaciones vigente para los beneficiarios. Una apelación consiste en la revisión de una ABD por parte de su plan de atención administrada.<sup>2</sup> Debe presentar su apelación dentro de los 60 días después de recibir la notificación de una ABD. Puede hacerlo tanto oralmente como por escrito, pero, si lo hace oralmente, tendrá que enviar una apelación por escrito y firmada a su plan médico.<sup>3</sup> Además, asegúrese de presentar la apelación ante su plan de atención administrada y no ante el grupo de su médico ni otro grupo de proveedores.

Su plan de atención administrada debe enviar un acuse de recibo de su apelación por escrito dentro de los 5 días después de recibirla.<sup>4</sup> Por lo general, su plan debe solucionar el problema dentro de los 30 días y debe enviarle una notificación de resolución de la apelación (NAR) cuando haya tomado una decisión al respecto.<sup>5</sup> Una NAR es una carta formal que le informa que una ABD se ha rechazado o confirmado. También debe incluir información acerca de cómo solicitar una audiencia imparcial estatal si no está conforme con la decisión.<sup>6</sup>

También puede solicitar una apelación acelerada si cree que está en riesgo de que su salud se vea amenazada de manera inminente y grave, tal como debido a un dolor fuerte o la posible pérdida de la vida, de una extremidad o de una función corporal importante. En esos casos, su plan médico debe responder a su apelación dentro de las 72 horas. También es posible que corresponda una extensión de 14 días para responder.<sup>7</sup> Puede obtener una apelación acelerada si su salud se ve gravemente amenazada.

Si su plan médico no le brinda una decisión dentro de los plazos exigidos que se mencionaron anteriormente, se considera una denegación y, por lo tanto, constituye una ABD en la fecha en la que se vence el plazo.<sup>8</sup>

Una vez que haya agotado los procedimientos de apelaciones internas de su plan, puede solicitar una audiencia imparcial de Medi-Cal ante el Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS).<sup>9</sup> También puede solicitar una audiencia imparcial de Medi-Cal si su plan de atención administrada no le envió una NAR dentro del plazo exigido.<sup>10</sup> Debe solicitar la audiencia estatal dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha de la NAR de su plan de atención administrada.<sup>11</sup> También puede pedir una revisión acelerada.

A. Siga este proceso de dos pasos:

Anteriormente, usted podía solicitar una audiencia imparcial dentro de los 90 días a partir de la fecha de la NOA. AHORA es un proceso de dos pasos: primero, se apela a su plan de atención administrada dentro de los 60 días después de recibir la ABD y, segundo, se solicita una audiencia imparcial dentro de los 120 días desde la fecha en que recibió la NAR. Debe seguir este proceso de dos pasos cuando cuestiona una acción o inacción que afecta a su atención, incluso si no ha recibido una ABD por escrito.

El sitio web de audiencias del CDSS es el siguiente: [haga clic para acceder a la página de “Audiencias imparciales de Medi-Cal” en el sitio web del DHCS](#). Aquí puede encontrar información acerca de cómo solicitar una audiencia imparcial: [haga clic para acceder a la página “Su derecho a una audiencia” en el sitio web del DSS](#).

**II. Presente una queja ante su plan de atención administrada**

Todo plan de atención administrada debe tener un sistema de quejas vigente. Puede presentar una queja, también conocida como “reclamo”, si no está conforme con algo que hizo su plan de atención administrada o un proveedor de planes médicos y que no está relacionado con una ABD. Una queja puede incluir la calidad de atención que recibió de un médico o si un médico u otro miembro del personal fue grosero con usted.<sup>12</sup> A veces, es posible que no sea evidente si debería presentar una queja o una apelación. En esos casos, si presenta una queja cuando debería haber presentado una apelación, su plan de atención administrada debe identificar cuál debería ser y proceder en consecuencia.

Su plan de atención administrada debe enviar un acuse de recibo de su queja por escrito dentro de los 5 días después de recibirla.<sup>13</sup> En general, su plan de atención administrada debe resolver la queja dentro de los 30 días. También puede solicitar una queja acelerada si cree que está en riesgo de que su salud se vea amenazada de manera inminente y grave, tal como debido a un dolor fuerte o la posible pérdida de la vida, de una extremidad o de una función corporal importante. En esos casos, su plan médico debe responder a su queja dentro de las 72 horas.

Puede presentar una queja ante su plan de atención administrada de Medi-Cal oralmente o por escrito.

#### A. Audiencia imparcial de Medi-Cal

También puede solicitar una audiencia imparcial de Medi-Cal si tiene una queja en contra de su plan médico o si de algún otro modo no está satisfecho con sus servicios de Medi-Cal.<sup>14</sup> Sin embargo, esto no siempre significa que el juez de derecho administrativo (ALJ), quien determina su caso, tendrá el poder de solucionar el problema. Por ejemplo, si presenta una queja porque un miembro del personal fue grosero con usted y no le agrada cómo su plan de atención administrada resolvió su queja, el ALJ no puede solucionar el problema. Sin embargo, es posible que pueda ayudarlo si, por ejemplo, su plan de atención administrada nunca contesta el teléfono, porque esto puede implicar el acceso a problemas en la atención.

Debe solicitar la audiencia dentro de los 90 días a partir de la fecha de la situación que fue motivo de su queja. No es necesario que agote los procedimientos de quejas internas de su plan antes de ir a una

audiencia en caso de que no sea una determinación adversa de beneficios (ABD, explicado a continuación), por lo que tal vez debería presentar una queja y una solicitud de audiencia al mismo tiempo. La única ocasión en la que debe presentar una apelación antes de solicitar una audiencia imparcial es cuando se relaciona con una ABD. El sitio web de audiencias del CDSS es el siguiente: [haga clic para acceder a la página de “Audiencias imparciales de Medi-Cal” en el sitio web del DHCS](#). Aquí puede encontrar información acerca de cómo solicitar una audiencia imparcial: [haga clic para acceder a la página “Su derecho a una audiencia” en el sitio web del DSS](#).

### **III. Pida ayuda al Departamento de Atención Médica Administrada**

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) puede ayudarlo si tiene un conflicto con su plan médico, lo que incluye la solicitud de una revisión médica independiente, la revisión de quejas y la presentación de reclamos. El DMHC regula los planes médicos conforme a la Ley Knox-Keene. Esta comprende un conjunto de leyes que regulan los planes de atención médica administrada. Para obtener más información acerca de la Ley Knox-Keene, puede visitar la siguiente página: [haga clic aquí para acceder a la página de “Leyes relacionadas con los planes de servicios de atención médica” en el sitio web del DMHC](#). La Ley Knox-Keene no se aplica a los condados que cuentan con sistemas de salud organizados por el condado (COHS), a excepción del plan médico de COHS de San Mateo. Este plan médico se sometió voluntariamente a los requisitos de la Ley Knox-Keene, pero no es el caso de otros COHS, que son los siguientes:

- CalOptima: Orange;
- CenCal Health: Santa Bárbara y San Luis Obispo;
- Central California Alliance for Health: Santa Cruz, Monterrey, Merced;
- Gold Coast Health Plan: Ventura;

- Partnership HealthPlan of California: Solano, Napa, Yolo, Sonoma, Mendocino, Marin, Del Norte, Humboldt, Lake, Lassen, Modoc, Shasta, Siskiyou, Trinity.

A. Cómo presentar un reclamo ante el DMHC

Puede presentar un reclamo ante el DMHC si no le agrada cómo su plan de atención administrada resolvió su queja o si se venció el plazo para responder. Puede presentar un “reclamo” ante el DMHC dentro de los 180 días a partir del incidente que fue motivo de su queja.<sup>15</sup> Puede contactar al DMHC al (888) 466-2219 o al TDD: (877) 688-989. También puede consultar la siguiente página: [haga clic aquí para acceder a la página “Presentar un reclamo” en el sitio web del DMHC.](#) Además, puede comunicarse con el Centro de Ayuda del DMHC al 1 (888) 466-2219. Aquí puede obtener información acerca del DMHC: [haga clic aquí para acceder a la página “Acerca del DMHC” en su sitio web.](#)

B. Cómo presentar un reclamo para los planes no sujetos a la Ley Knox-Keene

Si tiene alguno de los cinco planes no sujetos a la Ley Knox-Keene mencionados anteriormente, no puede obtener ayuda del DMHC para solucionar su conflicto. Si bien el DMHC no revisa los reclamos de miembros que no se encuentran en los planes sujetos a la Ley Knox-Keene, puede comunicarse con la Oficina de Atención Administrada de Medi-Cal del defensor del Departamento de Servicios de Salud (DHCS). Puede llamar al 1-888-452-8609 o comunicarse por correo electrónico a [MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov). Para obtener más información, visite la siguiente página: [haga clic aquí para acceder a la página de la “Oficina de Salud Mental y Atención Administrada de Medi-Cal del defensor” en el sitio web del DHCS.](#)

También puede solucionar el conflicto internamente mediante su plan médico.

C. Cómo solicitar una revisión médica independiente

Si su problema es la denegación, la reducción o el retraso de un servicio, dispositivo o suministro porque su plan de atención administrada no cree que sea necesario desde un punto de vista médico, o porque dice que es

experimental o de investigación, y ya ha agotado el proceso de apelación de los planes de atención administrada autorizados por la Ley Knox-Keene, puede solicitar una revisión médica independiente (IMR) ante el DMHC. Tiene 6 meses a partir de que recibe la NAR para solicitarla.

**IMPORTANTE:** Si elige pedir una IMR primero, los 120 días para solicitar una audiencia imparcial estatal continúan corriendo. No puede pedir una IMR si ya ha asistido a una audiencia imparcial estatal. Es muy importante que recuerde esto.

También puede solicitar una IMR en la siguiente página: [haga clic en este enlace para acceder a la página “Presentar un formulario de revisión médica independiente o reclamo” en el sitio web del DMHC.](#)

Consulte nuestra publicación acerca de las revisiones médicas independientes en la siguiente página: [haga clic aquí para acceder al PDF de la publicación de DRC titulada “Atención administrada de Medi-Cal: una revisión médica independiente \(IMR\) puede cambiar el no de un plan por un sí”.](#)

**NOTA:** Solo puede solicitar una IMR si tiene un plan médico que esté autorizado conforme a la Ley Knox-Keene. Consulte los planes médicos no sujetos a la Ley Knox-Keene mencionados anteriormente.

### **¿Continuaré recibiendo mis beneficios después de presentar una apelación?**

Sí, pero solo si solicita una apelación y asistencia pagada pendiente hasta la audiencia ante su plan de atención administrada o una audiencia imparcial de Medi-Cal antes de que se reduzcan, suspendan o terminen sus servicios.<sup>16</sup> (Nota: También pueden solicitar que se restablezcan sus servicios hasta la audiencia si no se le brindó una notificación debida por escrito de la reducción, suspensión o terminación).

Si quiere una IMR y una audiencia imparcial de Medi-Cal con asistencia pagada pendiente hasta la audiencia, debe solicitar la audiencia imparcial antes de que sus servicios se reduzcan, suspendan o terminen. Para asegurarse de que continúe recibiendo los servicios, debería solicitar una IMR y una audiencia imparcial con asistencia pagada pendiente hasta la audiencia al mismo tiempo. Luego puede solicitar que se aplase la



audiencia imparcial hasta la resolución de la IMR. De ese modo, puede obtener asistencia pagada pendiente hasta la audiencia mientras espera la resolución de la IMR.

---

¡Queremos escucharlo! Complete la siguiente encuesta sobre nuestras publicaciones y déjenos su opinión sobre lo que estamos haciendo:

[\[Completar la encuesta\]](#)

Para obtener asistencia legal, llame al 800-776-5746 o complete el [formulario de solicitud de asistencia](#). Por otras cuestiones, llame al 916-504-5800 (norte de CA); 213-213-8000 (sur de CA).

*Disability Rights California cuenta con el patrocinio de varias instituciones. Para ver la lista completa de patrocinadores, visite siguiente página [haga clic aquí para acceder a la “Lista de contratos y subvenciones de patrocinio”](#) en la sección de documentos del sitio web de Disability Rights California.*

---

<sup>1</sup> Carta a todos los planes 17-006, página 6, disponible en [este enlace del PDF \(Volver al documento principal\)](#)

<sup>2</sup> CFR, título 42, artículo 438.400(b) [\(Volver al documento principal\)](#)

<sup>3</sup> CFR, título 42, artículos 438.402(c)(3)(ii) y 438.406(b)(3) [\(Volver al documento principal\)](#)

<sup>4</sup> Carta a todos los planes 17-006, página 14, disponible en [este enlace del PDF \(Volver al documento principal\)](#)

<sup>5</sup> CFR, título 42, artículo 438.408(b)(2) [\(Volver al documento principal\)](#)

<sup>6</sup> Carta a todos los planes 17-006, página 9, disponible en [este enlace del PDF \(Volver al documento principal\)](#)

<sup>7</sup> Carta a todos los planes 17-006, página 15, disponible en [este enlace del PDF \(Volver al documento principal\)](#)



<sup>8</sup> CFR, título 42, artículo 438.404(c)(5); Carta a todos los planes 17-006, página 5, disponible en [este enlace del PDF \(Volver al documento principal\)](#)

<sup>9</sup> CFR, título 42, artículo 438.404(b)(3) [\(Volver al documento principal\)](#)

<sup>10</sup> CFR, título 42, artículo 438.408(c)(3) [\(Volver al documento principal\)](#)

<sup>11</sup> CFR, título 42, artículo 438.408(f)(2) [\(Volver al documento principal\)](#)

<sup>12</sup> 42 C.F.R. § 438.400(b) [\(Volver al documento principal\)](#)

<sup>13</sup> Carta a todos los planes 17-006, página 11, disponible en [este enlace del PDF \(Volver al documento principal\)](#)

<sup>14</sup> Código de Bienestar e Instituciones, artículo 10950 (“Si una persona que solicita o recibe servicios sociales públicos no está satisfecha con una resolución tomada por el departamento del condado en relación con la solicitud o recepción de los servicios sociales públicos... esta... deberá... tener la oportunidad de una audiencia estatal”). Consulte también el CCR, título 22, artículo 51014.1. [\(Volver al documento principal\)](#)

<sup>15</sup> CCR, título 28, artículo 1300.68(b)(9) [\(Volver al documento principal\)](#)

<sup>16</sup> CFR, título 42, artículo 438.420 [\(Volver al documento principal\)](#)