

Aviso de Determinación Adversa de Beneficios

Importante: Este aviso explica sus derechos de apelación interna. Lea atentamente este aviso. Si necesita ayuda con este aviso o para solicitar una apelación, puede llamar a uno de los números que se indican en la última página en "Obtener ayuda y más información".

Fecha: Identificación del miembro de OnPoint:

Nombre: Identificación del beneficiario:

Tutor:

Esto es para informarle que se ha tomado la siguiente medida:

(Ingrese información con respecto a la determinación adversa a los beneficios que se tomó para negar, disminuir, suspender o interrumpir un beneficio o pago cubierto con fechas de vigencia)

Aviso Adecuado de Determinación de Beneficios (en el momento de la medida)	Servicio(s) Afectado(s)	Fecha de entrada en vigencia
Aviso Anticipado de Determinación Adversa de Beneficios (al menos 10 días calendario antes de la medida)	Servicio(s) Afectado(s)	Fecha de entrada en vigencia

Esta medida se toma en función de lo siguiente:

(Incluya referencias con descripciones comprensibles para el miembro sobre la norma, ley y reglamentación estatal y federal vigente que respalde la medida. También puede incluir las disposiciones de la Evidencia de Cobertura y del Manual del Miembro, así como las políticas y los procedimientos del Plan o las herramientas de evaluación utilizadas para respaldar la decisión).

Servicios/Apoyos recomendados:	
Este aviso se le entregó el _____ En persona	
Firma del personal y credenciales o cargo:	Fecha:

Puede compartir una copia de esta decisión con su proveedor, de modo que usted y su proveedor puedan hablar sobre los pasos a seguir. Si su proveedor solicitó la cobertura por usted, le hemos enviado una copia de esta decisión a su proveedor.

Si no está de acuerdo con nuestra acción, tiene derecho a una Apelación Interna

Debe solicitar la apelación interna a Lakeshore Regional Entity en un plazo de **60 días calendario** a partir de la fecha de este aviso. Usted, su representante o su médico {proveedor} pueden enviar su solicitud que debe incluir:

- Su nombre
- Dirección
- Número de usuario
- Motivo de apelación
- Si quiere una apelación estándar o rápida (para una apelación acelerada o rápida, explique por qué necesita una)
- Toda la evidencia que quiere que revisemos, como archivos clínicos, cartas de los médicos u otra información que explique por qué necesita el artículo o servicio. Si está solicitando una apelación acelerada, necesita una declaración del médico de respaldo. Llame a su médico si necesita esta información.

Por favor conserve una copia de todo lo que nos envíe para sus registros.

Hay 2 tipos de apelación interna:

Apelación estándar – Le daremos por escrito la decisión de una apelación estándar en un período de **30 días calendario** después de recibir su apelación. Si usted solicita una extensión o si necesitamos más información sobre su caso, nuestra decisión podría tardar más tiempo. Le informaremos si nos tomaremos un tiempo adicional y le explicaremos por qué es necesario más tiempo. Si su apelación es por el pago de un servicio que ya ha recibido, le enviaremos la decisión por escrito en un plazo de **60 días calendario**. Si desea solicitar una apelación interna, puede llamar o enviar una solicitud por escrito a:

Lakeshore Regional Entity
Attn: Customer Services Manager
5000 Hakes Drive Suite 250
Norton Shores, MI 49441
Phone: 1-800-897-3301
TTY users call 711
Fax: (231) 769-2071

Apelación acelerada o rápida – Le proporcionaremos la decisión sobre una apelación rápida en un plazo de **72 horas** después de recibir su apelación. Puede solicitar una apelación rápida si usted o su médico creen que esperar hasta 30 días calendario por una decisión podría perjudicar su salud.

Si un médico solicita una apelación rápida para usted o si su médico respalda su solicitud, se la otorgaremos automáticamente. Si solicita una apelación rápida sin el respaldo de un médico, nosotros decidiremos si su solicitud requiere una apelación rápida. Si no le concedemos una apelación rápida, le daremos la decisión en un plazo de 30 días calendario. Para solicitar una Apelación Rápida, debe llamar al: 1-800-897-3301, teléfono TTY 711.

Continuación de los servicios durante una Apelación Interna

Si está recibiendo un servicio de Michigan Medicaid y presenta su apelación en un plazo de 10 días calendario a partir de este Aviso de Determinación Adversa de Beneficios 10/feb./2022, puede continuar recibiendo el mismo nivel de servicios mientras su apelación interna está pendiente. Tiene derecho a solicitar y recibir beneficios mientras la apelación interna esté pendiente y debe presentar su solicitud a Lakeshore Regional Entity.

Sus beneficios para ese servicio continuarán si solicita una apelación interna en un plazo de **10 días calendario** a partir de la fecha de este aviso o a partir de la fecha de entrada en vigencia pretendida de la acción adversa propuesta, lo que ocurra después.

Si desea que otra persona actúe en su nombre

Puede designar a un familiar, amigo, abogado, médico u otra persona que actúe en calidad de representante. Si desea que otra persona actúe por usted, llámenos al: 1-800-897-3301 para obtener más información sobre cómo designar a su representante. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Usted y la persona que quiere que actúe por usted deben firmar y fechar una declaración que confirme que esto es su voluntad. Deberá enviarnos esta declaración por correo o fax. Conserve una copia para sus registros.

Acceso a los documentos

Usted y su representante autorizado tienen derecho a un acceso razonable y a obtener una copia sin costo de todos los documentos relevantes para su apelación en cualquier momento, antes o durante la apelación. Usted debe presentar la solicitud por escrito.

¿Qué sucede después?

- Si solicita una apelación interna y continuamos denegando su solicitud de cobertura o pago de servicios, le enviaremos un Aviso de Denegación de la Apelación (*Notice of Appeal Denial*). Si el servicio está cubierto por Medicaid de Michigan, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal de Medicaid (*Medicaid State Fair Hearing*).
- El Aviso de Denegación de la Apelación le proporcionará información adicional sobre los procesos de Audiencias Imparciales Estatales (*State Fair Hearings*) y cómo presentar la solicitud.
- Si no recibe un aviso o la decisión sobre su apelación interna dentro de los plazos indicados anteriormente, también puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal en el Sistema de Audiencias Administrativas de Michigan (*Michigan Administrative Hearing System*).

Obtenga ayuda y más información

- Lakeshore Regional Entity: Si necesita ayuda o información adicional acerca de nuestra decisión y del proceso de apelación interna, llame a los Servicios al Cliente al: 1-800-897-3301 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. También puede visitar nuestro sitio web en www.lsre.org.
- Línea de Ayuda del Beneficiario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (*Michigan Department of Health and Human Services, MDHHS*); 1-800-642-3195. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-501-5656 o al 1-800-975-7630 (si llama de un servicio telefónico por internet).

El marco jurídico para esta decisión es el Artículo 440.230(d) del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (*Code of Federal Regulations, CFR*), el Código de Salud Mental estatal de Michigan (*Michigan's Mental Health Code*), la Ley Pública 258 y/o la política aplicable del Manual del Proveedor de Medicaid, Servicios de Salud Mental y Servicios por Abuso de Sustancias. Estos nos confieren la facultad jurídica básica de establecer los límites adecuados para un servicio en función de dicho criterio, como necesidad médica o para los procedimientos de control de utilización. La Sección 1557 de la Ley de Protección del Paciente y Atención Asequible (*Patient Protection and Affordable Care Act*) prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.