



BlueCross BlueShield of Western New York  
257 West Genesee Street • Buffalo, New York 14202

[Date]

[Barcode][Letter Code]

[Name]

[Address]

[City, State Zip]

**Estimado/a miembro/padre o tutor legal:**

El presente correo es para informarle sobre una actualización importante en su Manual del miembro. Esta actualización está disponible en nuestro sitio web, en: [www.bcbswny.com/stateplans](http://www.bcbswny.com/stateplans). Lea esta actualización atentamente. Las reglamentaciones federales han cambiado la forma en la que puede solicitar una apelación y una audiencia imparcial del estado. Se adjunta una guía de consulta rápida sobre estos cambios. Estos cambios entran en vigencia el 1.º de mayo de 2018.

Esta actualización del Manual del miembro le informa sobre:

- El tiempo que nos tomaremos para revisar su solicitud de servicios que necesitan aprobación previa.
- Si su solicitud es rechazada, cómo solicitar una apelación del plan para pedirnos que revisemos nuevamente su caso.
- Si su apelación del plan es rechazada, usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial del estado. En la mayoría de los casos, primero tendrá que solicitar una apelación del plan, **antes** de que pueda solicitar una audiencia imparcial del estado.
- Sus derechos en caso de que decidamos cambiar, suspender o reducir servicios que está recibiendo en la actualidad y cómo puede mantener el mismo nivel de cuidado hasta que se decida sobre su apelación del plan o su audiencia imparcial del estado.

Llame a Servicios al Miembro al 1-866-231-0847 (TTY 711) si usted:

- tiene alguna pregunta sobre esta información;
- no puede acceder a Internet para ver esta actualización; o
- quiere que le enviemos esta actualización por correo.

Guarde esta actualización con su Manual del miembro.

**[www.bcbswny.com/stateplans](http://www.bcbswny.com/stateplans)**

Amerigroup Corporation, una compañía independiente, brinda servicios de administración de la utilización para Medicaid administrado de BlueCross BlueShield of Western New York. Una división de HealthNow New York Inc., licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

WNY-MEM-0576-18

## **Cambio importante para los afiliados de Medicaid Managed Care Derechos de apelación y audiencia imparcial**

### **¿Qué cambia el 1.º de mayo de 2018?**

Las nuevas normas federales de Medicaid Managed Care entran en vigencia en el estado de Nueva York. Estas normas cambian la forma en que los planes de Medicaid Managed Care toman decisiones acerca de los servicios de cuidado de la salud y las apelaciones del plan.

Estas normas cambian la forma en la que usted puede solicitar al estado una audiencia imparcial sobre decisiones del plan. A partir del 1.º de mayo de 2018, si cree que una decisión del plan está equivocada, primero debe solicitar una apelación del plan **antes** de solicitar una audiencia imparcial. Si su cuidado está cambiando y desea mantener los servicios sin modificaciones mientras se revisa su caso, primero debe solicitar una apelación del plan **antes** de solicitar una audiencia imparcial.

### **¿Cómo me afecta este cambio?**

Debe solicitar la aprobación del plan antes de obtener algunos servicios. Este cambio significa que el plan tomará algunas de estas decisiones de aprobación más rápido que antes. Si cree que la decisión de su plan sobre el cuidado de su salud es equivocada, puede solicitarle al plan que revise su caso nuevamente. Esto se conoce como apelación del plan. Este cambio significa que **usted primero debe solicitar una apelación del plan antes de solicitar una audiencia imparcial**. Tendrá 60 días para solicitar una apelación del plan.

### **¿Qué pasa si la decisión del plan cambia un servicio que estoy obteniendo en este momento?**

Si quiere mantener los servicios sin modificaciones, este cambio significa que **usted primero debe solicitar una apelación del plan** dentro de los 10 días o para la fecha en que la decisión entra en vigencia, lo que sea posterior. Sus servicios se mantendrán iguales hasta que haya una decisión. Si pierde la apelación del plan, es posible que deba pagar los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.

### **¿Alguien puede solicitar una apelación del plan por mí?**

Si desea que alguien más, como su proveedor, solicite una apelación del plan por usted, este cambio significa que usted y esa persona deben firmar y fechar una declaración que diga que esto es lo que usted desea.

### **¿Qué sucede después de que solicito una apelación del plan?**

Después de que solicita una apelación del plan, este cambio significa que el plan le enviará su archivo del caso, con toda la información que tengan sobre su solicitud. Después, el plan le enviará la decisión sobre su apelación. Este cambio significa que, si no recibe una respuesta a su apelación del plan o si la decisión se demora, puede solicitar una audiencia imparcial sin esperar la decisión del plan.

### **¿Qué sucede si creo que la decisión de la apelación del plan sigue siendo equivocada?**

Si cree que la decisión del plan acerca de su apelación es equivocada, puede solicitar una audiencia imparcial. Tendrá 120 días para solicitar una audiencia imparcial. Si el plan

consideró que el servicio no es médicamente necesario, aún puede solicitarle al estado una apelación externa. Tendrá cuatro meses para solicitar una apelación externa. Si solicita ambas, la decisión de la audiencia imparcial será siempre la última respuesta.

Si el plan modificará cuidados que recibe en la actualidad y usted desea que los servicios se mantengan sin modificaciones, debe solicitar una audiencia imparcial dentro de los 10 días calendario desde la decisión de la apelación o para la fecha en que entra en vigencia la decisión de la apelación, lo que sea posterior. Sus servicios se mantendrán sin modificaciones hasta la decisión de la audiencia imparcial. Si pierde la audiencia imparcial, es posible que deba pagar los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.

### **¿Cuánto tiempo puede tomarse el plan para decidir?**

Si solicita la aprobación de un servicio, su plan tiene 14 días para tomar una decisión. Si su salud está en riesgo, su plan debe acelerar su solicitud y decidir en 72 horas. La decisión puede demorarse si el plan necesita más información. Si su plan cubre medicamentos recetados, el plan debe tomar decisiones sobre sus recetas en 24 horas.

Si solicita una apelación del plan, el plan tiene 30 días para tomar una decisión. Si su salud está en riesgo, su plan debe acelerar su apelación y decidir en 72 horas. La decisión puede demorarse si el plan necesita más información.

### **¿Dónde puedo obtener más información?**

Llame a Servicios al Miembro al 1-866-231-0847 (TTY 711). Consulte su Manual del miembro para obtener toda la información acerca de sus derechos de apelación.