

Consejos para Completar Apelaciones de Exención de Medicaid

Si tienes una solicitud para un servicio o artículo a través de Medicaid que ha sido denegada, tienes el derecho de apelar esa decisión. Durante el proceso de apelación, generalmente puedes continuar con los servicios que están siendo reducidos o suspendidos (por ejemplo, las horas de atención semanal) si solicitas una apelación dentro de los 10 días calendario posteriores a la denegación y manifiestas tu deseo de continuar con los servicios durante la apelación. Es posible que se te pida que devuelvas a Medicaid (DMAS) cualquier servicio que utilices durante el proceso de apelación si no fallan a tu favor.

La mayoría de los casos de apelación no se ganan, por lo que es un buen momento para considerar si existe otra manera de obtener el servicio solicitado de una forma más eficiente. Si no es así, entonces dedica todo el tiempo y esfuerzo posible para hacer que tu apelación sea lo más sólida posible.

Proceso de Apelación

1. **Notificación de la denegación y derechos de apelación.** Se debe proporcionar una notificación sobre tus derechos de apelación cuando se te dé la denegación, y esa notificación incluirá el plazo de 30 días que tienes para presentar una respuesta. Las denegaciones de Medicaid de Atención Administrada pueden tener plazos de apelación de 120 días, así que lee el documento con cuidado.
2. **Recopilar información para compartir en tu respuesta.** Responde a la notificación indicando que vas a apelar y envía cualquier material que desees incluir en tu apelación para su consideración.
3. **Resumen de la apelación enviado.** DMAS (Medicaid) enviará un resumen de la apelación, incluyendo el horario y el lugar (generalmente por teléfono) de la audiencia de apelación. Lee cuidadosamente todo lo que la agencia que denegó el servicio envíe y asegúrate de haber respondido a todo en tu apelación por escrito.
4. **Se lleva a cabo la audiencia de apelación.** La llamada telefónica o reunión en persona se llevará a cabo y todas las personas involucradas tendrán la oportunidad de hablar. Asegúrate de cubrir toda la información que enviaste en tu apelación por escrito de manera clara y tranquila. Ten en cuenta que si la denegación provino de una agencia de Atención Administrada de Medicaid, hay otro nivel de apelación directamente con Medicaid si se niega la apelación ante la agencia de Atención Administrada.
5. **Se emite una decisión por escrito.** Medicaid emitirá una decisión. Si no estás de acuerdo con la decisión, puedes contratar a un abogado para presentar una apelación ante el Tribunal de Circuito.

Consejos para la Apelación

1. **Lee detenidamente lo que fue denegado y por qué.** Utiliza los enlaces en la sección de Recursos a continuación para leer las regulaciones completas sobre el servicio que deseas, y usa esas regulaciones en tu apelación para demostrar por qué lo que has solicitado cumple con el lenguaje de las reglas. Si tienes una Exención DD, pide hablar con tu Coordinador de Apoyo y que te explique el proceso. Ellos también pueden involucrar a un Supervisor y hablar con otros miembros del equipo sobre cómo o si otras aprobaciones para necesidades similares están siendo aprobadas.

2. **Puedes pedir hablar con un Supervisor de DBHDS y el revisor que analizó la reclamación** para tener una llamada contigo y tus Coordinadores de Apoyo. Este es un buen momento para aclarar lo que se solicitó y por qué, para ver si hubo confusión o malentendidos sobre la justificación escrita y la solicitud. Si las partes pueden llegar a un acuerdo en una llamada como esa, es posible que la denegación sea reconsiderada sin necesidad de una apelación.
3. **Puedes pedir que expertos hablen en nombre de tu apelación en la audiencia** y ser representado por un abogado. También puedes contar con el apoyo de un experto contratado o de un amigo.
4. **Asegúrate de que todo lo que deseas que se considere en la apelación esté listo y recibido antes de la audiencia telefónica o en persona.** Revisa los documentos cuidadosamente por su precisión antes de enviarlos, con especial atención en maximizar los detalles sobre la razón por la que se necesita el artículo o servicio y cualquier prueba relacionada (por ejemplo, horario diario, explicación de lo que hace un cuidador 1:1 distinto de otros cuidadores, carta de un médico).
5. **Si te han denegado un servicio que ya tenías, revisa la declaración del Código de Virginia** que señala que se supone que la cobertura previamente aprobada era correcta, y la presunción relacionada de que la terminación o reducción solo debe ocurrir con pruebas de un cambio en las circunstancias del individuo.

Recursos:

- Puedes contratar a un defensor privado para que te ayude a navegar por las apelaciones antes del nivel del Tribunal de Circuito. Contacta a Lucy.Beadnell@TheArcofNOVA.org puedes aprender sobre nuestro defensor privado o contactar a Inclusion Consultants., <https://inclusionconsultants.com/>.
- Visita [Medicaid appeals webpage](#) para presentar una apelación y obtener más información sobre el proceso.
- Revisa [Virginia State Code with Waiver regulations](#) para conocer la ley sobre lo que la Exención hace y no hace.
- Revisa [DD Medicaid Waiver manuals](#) para una explicación detallada de las reglas del programa de Exención de Medicaid para Discapacidad del Desarrollo (DD).
- Revisa [recorded webinar on Medicaid appeals](#) organizado por el Centro de Leyes para la Discapacidad (disAbility Law Center).