



Apéndice XXIV. Anexo para miembros sobre la denegación de servicios del MDCP por ausencia de necesidad médica

Usted o su hijo no reúne los requisitos del Programa para Menores Médicamente Dependientes (MDCP). Texas Medicaid and Healthcare Partnership (TMHP) determinó que usted o su hijo no reúne los requisitos de necesidad médica del MDCP. El formulario H2065-D *Notificación de servicios del Programa de Atención Médica Administrada* adjunto enumera las razones de la baja. También puede consultar los requisitos de participación del MDCP en las páginas 5 y 6 de este aviso.

Usted puede apelar esta decisión.

Si desea apelar la baja del MDCP, debe solicitar una audiencia imparcial con el gobierno estatal. Para solicitar una audiencia imparcial, puede llenar el formulario de solicitud de dos páginas que se encuentra en las páginas 7 y 8 de este aviso o llamar al número de teléfono de la oficina que aparece en la esquina superior derecha del formulario H2065-D adjunto.

- Usted podría seguir recibiendo los servicios del MDCP durante el proceso de la audiencia imparcial. Si desea seguir recibiendo los servicios del MDCP mientras se lleva a cabo el proceso de la audiencia imparcial, deberá solicitar una audiencia imparcial en un plazo de **10 días hábiles** a partir de la fecha del aviso que aparece en la esquina superior derecha del formulario H2065-D, o antes de la fecha en que terminen sus servicios (también en el formulario H2065-D), lo que ocurra más tarde. Si utiliza el formulario de solicitud de las páginas 7 y 8 de este aviso, asegúrese de marcar la casilla que indica que quiere continuar recibiendo servicios. Si llama, díganos que desea continuar recibiendo servicios.
- Tiene 90 días a partir de la fecha que aparece en el formulario H2065-D para pedir una audiencia imparcial.

En una audiencia imparcial, un funcionario de audiencias, que no es parte del programa de Medicaid, revisa la decisión de la baja del programa por dejar de reunir los requisitos para recibir los servicios. Si solicita una audiencia imparcial, se programará en un plazo de **30 días**. Antes de la audiencia, se le enviará por correo un paquete de información.

- Usted puede presentar nuevos datos sobre su caso. Tiene derecho a ver toda la documentación e información que se usará en la audiencia.
- Las audiencias pueden durar entre 30 minutos y cuatro horas, dependiendo del tema que se trate. La mayoría de las audiencias imparciales se realiza por teléfono, pero si tiene una razón válida, puede pedir que la audiencia imparcial se realice en persona.
- Puede representarse a sí mismo o elegir a un familiar, amigo, abogado u otra persona para que lo represente durante la audiencia. Los honorarios que se cobren por representarlo correrán por su cuenta. Para informarse sobre la ayuda legal gratuita en su zona, llame al 2-1-1 (o al 877-541-7905) y oprima el 1 después de elegir un idioma. Debe introducir su código postal y pedir que lo comuniquen con la oficina de ayuda legal de su condado.
- Recibirá una decisión por escrito en un plazo de **60 días** a partir de la fecha en que solicitó la audiencia. En el aviso de la decisión se le explicará su derecho a que se revise su caso si no está de acuerdo con el resultado.

Si tiene preguntas acerca del proceso de la audiencia imparcial, puede llamar a un ómbudsman de HHS al 866-566-8989 o enviar sus preguntas en línea al [Ómbudsman de ayuda con la atención médica administrada](https://hhs.texas.gov/managed-care-help) (hhs.texas.gov/managed-care-help).

Opciones de listas de interesados

Usted puede elegir una o todas las siguientes opciones:

- Volver al primer lugar en la lista de interesados del MDCP para que se vuelva a evaluar si usted reúne los requisitos del programa. Esto se conoce también como la **opción de primer lugar**.
- Ascender en la lista de interesados de otro programa de Medicaid de la sección 1915(c), ser añadido al final de la lista de otro programa de Medicaid de la sección 1915(c), o ambas opciones. Esto se conoce también como la **opción de posición avanzada**.

Opción de primer lugar en la lista del MDCP

1. El participante debe ser menor de 21 años.
2. El participante será colocado en el primer lugar de la lista de interesados del MDCP.
3. Usted se someterá a una nueva evaluación cuando se abra un lugar en el MDCP.
 - A. Usted puede decidir que la misma organización de atención médica administrada (MCO) realice la evaluación o que lo haga una nueva MCO.
 - B. Si se queda con la misma MCO, puede solicitar que una persona diferente sea la que realice la evaluación.
4. Solo puede solicitar la opción de primer lugar una vez.
5. Puede solicitar una audiencia imparcial y la opción de primer lugar al mismo tiempo, pero la audiencia imparcial se llevará a cabo primero.
 - A. Usted podría seguir recibiendo los servicios del MDCP durante el proceso de la audiencia imparcial.
 - B. **Si elige la opción de primer lugar sin solicitar una audiencia imparcial, dejará de recibir los servicios del MDCP.**
 - C. Si elige la opción de primer lugar sin que primero se lleve a cabo una audiencia imparcial, debe rechazar la audiencia imparcial y solicitar la opción de primer lugar por escrito.

No puede hacer esto por teléfono.

Puede usar el formulario que se encuentra en las páginas 7 y 8 o escribir una carta.

6. Tiene **120 días** a partir de la fecha que aparece en la esquina superior derecha del formulario H2065-D para solicitar la opción de primer lugar.

Opción de posición avanzada

1. Puede pedir ascender o ser añadido al final de otra lista de interesados de los siguientes programas de Medicaid de la sección 1915(c):
 - A. Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS)
 - B. Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS)
 - C. Programa de Texas para Vivir en Casa (TxHmL)
 - D. Servicios para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD)
2. Para ascender en una lista, debe haber estado en ella antes o estar en ella ahora. Si quiere ser añadido a la lista de interesados de otro programa de Medicaid de la sección 1915(c), será añadido al final de esa lista.
3. Si usted pide ascender en la lista, cambiaremos la fecha de su solicitud para ese programa a la fecha de su solicitud para el MDCP si esta fecha es más temprana.
4. Usted puede solicitar estas opciones: la opción de primer lugar y que se lleve a cabo una audiencia imparcial, todo al mismo tiempo.
5. Tiene **120 días** a partir de la fecha que aparece en la esquina superior derecha del formulario H2065-D para solicitar ascender en la lista de interesados de otro programa de Medicaid de la sección 1915(c).

Puede solicitar las opciones de la lista de interesados ahora o puede esperar hasta después de la audiencia imparcial. También puede solicitar las dos opciones al mismo tiempo. Use el formulario de dos páginas que se encuentra en las páginas 7 y 8 de este aviso o llame al número que aparece en la esquina superior derecha del formulario H2065-D para solicitar una opción de listas de interesados. Si tiene alguna pregunta, llame al número de teléfono que aparece en la esquina superior derecha del formulario H2065-D.

También puede solicitar en cualquier momento que su nombre se añada al final de una nueva lista de interesados. Si tiene preguntas sobre la posición en las listas de interesados o sobre otros programas de Medicaid de la sección 1915(c), puede comunicarse con la Unidad de Administración de Listas de Interesados (ILM) al 877-438-5658.

Usted puede solicitar los beneficios del programa Medicaid Buy-In para Niños.

Usted podría participar en el programa Medicaid Buy-In para Niños (MBIC). El programa MBIC ofrece servicios de Medicaid de bajo costo a menores con discapacidades cuyas familias ganan demasiado dinero para recibir Medicaid.

El programa MBIC cubre los mismos servicios que Medicaid, incluidos los servicios y apoyos a largo plazo, como la atención en una casa de reposo y los cuidados personales.

Si reúne los requisitos de MBIC, es probable que tenga que hacer un pago mensual dependiendo de sus ingresos y de si tiene seguro médico por medio de su trabajo.

Llame o visite una oficina de beneficios de la HHSC. Para encontrar una oficina cercana, llame al 2-1-1 (o al 877-541-7905). Los representantes del 2-1-1 también pueden responder a sus preguntas sobre el programa MBIC. Seleccione la opción 2.

Usted o su hijo fue dado de baja del MDCP debido a las siguientes reglas de participación.

Para participar en el MDCP, debe cumplir los criterios de necesidad médica correspondientes al nivel de cuidado que se ofrece en un centro de reposo. Esto significa que usted:

- Tiene una afección médica de tal gravedad que sus necesidades sobrepasan el nivel de atención de rutina que una persona no capacitada puede prestarle.

- Requiere la supervisión, valoración, planeación e intervención de personal de enfermería titulado que únicamente se encuentra disponible en una institución.

Los servicios médicos o de enfermería deben cumplir las siguientes condiciones:

- Ser ordenados por un médico.
- Ser necesarios debido a afecciones médicas documentadas.
- Ser proporcionados por un enfermero titulado o un auxiliar de enfermería titulado.
- Ser proporcionados directamente o bajo la supervisión de un enfermero titulado en un entorno institucional.
- Ser requeridos con regularidad.

Puede encontrar los criterios de participación del MDCP en la sección 353.1155 del título 1 y la sección 554.2401 del título 26 del Código Administrativo de Texas. Además, están disponibles en línea en la [página del Código Administrativo de Texas](https://sos.state.tx.us/tac/index.shtml) (en inglés) (sos.state.tx.us/tac/index.shtml).

Si tiene preguntas sobre este aviso, llame a la HHSC al número de teléfono que aparece en la esquina superior derecha del formulario H2065-D.

Sus derechos

Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, sexo, discapacidad, creencias políticas o religión, puede presentar una queja en la dirección de la oficina que aparece en la esquina superior derecha del formulario H2065-D, o puede enviar su queja por escrito a:

**Civil Rights Office
Health and Human Services
P.O. Box 13247, Mail Code 1560
Austin, TX 78711**

Solicitud de audiencia imparcial y adición a listas de interesados para personas dadas de baja del MDCP

Puede llenar el siguiente formulario de dos páginas o llamar al número que aparece en la esquina superior derecha del formulario H2065-D para solicitar una audiencia imparcial, la opción de primer lugar, la opción de posición avanzada o todas las opciones.

En el aviso adjunto se puede encontrar más información sobre estas opciones, incluidos los plazos importantes. Si utiliza este formulario, envíelo por correo en el sobre adjunto con los datos de envío y el porte pagado.

Datos del beneficiario*

Apellido:	Primer nombre:
Apellido del progenitor o tutor:	Nombre del progenitor o tutor:
Núm. de Medicaid:	Teléfono:
Dirección:	

Información del representante legalmente autorizado (LAR)*

Apellido:	Primer nombre:
Teléfono:	
Dirección:	

Solicitud de una audiencia imparcial

☐

Deseo una audiencia imparcial.

☐

Deseo continuar recibiendo los servicios del MDCP durante el proceso de la audiencia imparcial.

Firma del beneficiario, progenitor, tutor o LAR: _____

Fecha: _____

Solicitud de primer lugar en la lista

☐ Quiero ser colocado en el primer lugar de la lista de interesados del MDCP para que se me vuelva a evaluar cuando haya un lugar disponible.

Entiendo que si elijo esta opción y una audiencia imparcial, la audiencia imparcial se llevará a cabo primero. Entiendo que si no solicito una audiencia imparcial, dejaré de recibir los servicios del MDCP que recibo actualmente.

Entiendo que solo seré colocado en el primer lugar y volveré a someterme a una evaluación para la participación en el MDCP si soy menor de 21 años.

Firma del solicitante, progenitor, tutor o LAR: _____

Fecha: _____

Solicitud de posición avanzada

☐ Deseo **ascender** en la lista de interesados del siguiente programa de Medicaid de la sección 1915(c):

Class	HCS	TxHmL	DBMD

☐ Quiero ser **añadido al final de la lista** de interesados del siguiente programa de Medicaid de la sección 1915(c):

Class	HCS	TxHmL	DBMD

Firma del solicitante, progenitor, tutor o LAR: _____

Fecha: _____

***Debe proporcionar la información en estas tablas.**

Sección 554.2401 del título 26 del Código Administrativo de Texas: Requisitos generales para la determinación de necesidades médicas

La necesidad médica es un prerrequisito para participar en el programa de Atención a largo plazo de Medicaid (Título XIX). Esta sección contiene los requisitos generales para la determinación de la necesidad médica. Para verificar que existe una necesidad médica, una persona debe cumplir con los requisitos enumerados en los párrafos (1) y (2) de esta sección.

1. La persona debe tener una afección médica que:
 - A. sea lo suficientemente grave como para que las necesidades de la persona excedan la atención de rutina que podría brindar una persona no capacitada; y
 - B. requiera la supervisión, evaluación, planificación e intervención de enfermeros titulados que solo se ofrecen en una institución.
2. La persona debe necesitar servicios médicos o de enfermería que:
 - A. sean ordenados por un médico;
 - B. dependan de las afecciones médicas documentadas de la persona;
 - C. requieran de la experiencia de un enfermero vocacional registrado o titulado;
 - D. sean proporcionados directamente por un enfermero licenciado, o bajo su supervisión, en un entorno institucional, y
 - E. se requieran con regularidad.

Nota sobre la fuente: Las disposiciones de esta sección 554.2401 entraron en vigor el 1 de septiembre de 2008, 33 TexReg 7264, y se transfirieron con efecto a partir del 15 de enero de 2021, tal y como se publicó en el *Texas Register* el 11 de diciembre de 2020, 45 TexReg 8871.