



Apéndice XXIV, Audiencia imparcial y opciones de listas de interesados tras denegaciones del MDCP

Usted o su hijo no llenan los requisitos del Programa para Menores Médicamente Dependientes (MDCP). Texas Medicaid and Healthcare Partnership determinó que usted o su hijo no reúnen los requisitos de necesidad médica del MDCP. El formulario H2065-DS adjunto, Notificación de servicios del Programa de Atención Médica Administrada, enumera las razones de la denegación. También puede consultar los requisitos de participación del MDCP en la página 4 de este aviso.

Usted puede apelar esta decisión

Si desea apelar la denegación, debe pedir una audiencia imparcial. Para pedir una audiencia imparcial, puede llenar el formulario de solicitud de dos páginas que se encuentra en las páginas 5 y 6 de este aviso o llamar al número de teléfono de la oficina en la esquina superior derecha del formulario H2065-DS 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 pedir 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 H2065DS, o antes de la fecha en que terminen sus servicios (también en el formulario H2065-DS), lo que ocurra más tarde. Si utiliza el formulario de solicitud en las páginas 5 y 6 de este aviso, asegúrese de marcar la casilla que indica que quiere continuar recibiendo servicios. Si llama, díganos por teléfono que desea continuar recibiendo servicios.
- Tiene 90 días a partir de la fecha que aparece en el formulario H2065-DS 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 haberle denegado los servicios. Si pide una audiencia imparcial, esta se le 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 el derecho de ver cualquier documentación e información que se usará.
- Las audiencias pueden durar entre 30 minutos y cuatro horas, dependiendo del tema que se trate. La mayoría de las audiencias imparciales se hacen por teléfono, pero si tiene una razón válida, puede pedir una audiencia imparcial 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 a usted correrán por su cuenta. Para saber si hay asesoría legal sin costo cerca de usted, llame al 2-1-1.

- 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 pedir que se revise el caso si no está de acuerdo con el resultado.

Si tiene preguntas acerca del proceso de la audiencia imparcial, puede llamar a un ombudsman de HHS al 866-566-8989 o enviar sus preguntas en línea en hhs.texas.gov/managed-care-help.

Sus opciones de listas de interesados

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 llena los requisitos del programa. Esto se conoce también como la opción del primer lugar.
- Ascender en la lista de interesados de otro programa de la sección 1915(c), ser colocado al final de la lista de otro programa de la sección 1915(c) o ambas opciones.

Primer lugar en la lista del MDCP	Ascender o ser colocado al final de otra lista de interesados
<ol style="list-style-type: none"> 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 recibirá una nueva evaluación cuando se abra un lugar en el MDCP. 4. Solo puede pedir la opción del primer lugar una vez. 5. Puede pedir una audiencia imparcial y ser colocado en el primer lugar al mismo tiempo, pero la audiencia imparcial se llevará a cabo primero. <ol style="list-style-type: none"> a. Usted podría seguir recibiendo los servicios del MDCP durante el proceso de la audiencia imparcial. b. Si elige ser colocado en el primer lugar sin pedir una 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Puede pedir ascender o ser colocado al final de otra lista de interesados de los siguientes programas de la sección 1915(c): <ol style="list-style-type: none"> 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 ya en ella antes o estar en ella ahora. Si quiere ser añadido a la lista de interesados de otro



<p>audiencia imparcial, sus servicios del MDCP se terminarán.</p> <p>c. Si elige la opción del primer lugar sin primero llevar a cabo una audiencia imparcial, debe rechazar la audiencia imparcial y solicitar la opción del primer lugar por escrito. No puede hacer esto por teléfono. Puede usar el formulario que se encuentra en las páginas 6 y 7 o escribir una carta.</p> <p>6. Tiene 120 días a partir de la fecha que aparece en la esquina superior derecha del formulario H2065-DS para solicitar la opción del primer lugar.</p>	<p>programa de la sección 1915(c), será colocado al final de esa lista.</p> <p>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 es primero.</p> <p>4. Usted puede pedir estas opciones, la opción del primer lugar y que se lleve a cabo una audiencia imparcial al mismo tiempo.</p> <p>5. Tiene 120 días a partir de la fecha en la esquina superior derecha del formulario H2065-DS para solicitar ascender en la lista de interesados de otro programa de la sección 1915(c).</p>
---	--

Puede solicitar las opciones de la lista de interesados ahora o puede esperar hasta después de la audiencia imparcial. También puede pedir las dos opciones al mismo tiempo. Use el formulario de dos páginas que se encuentra en las páginas 5 y 6 de este aviso o llame al número en la esquina superior derecha del formulario H2065DS 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-DS.

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

Usted podría recibir los servicios del programa Medicaid Buy-In para Niños (MBIC) para su hijo. 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 la atención personal.

Si recibe servicios del programa MBIC, es posible que tenga que hacer un pago mensual dependiendo de sus ingresos y de si tiene un seguro médico por medio de su trabajo.



Llame o visite una oficina de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC). Para encontrar una oficina cercana, llame gratis al 2-1-1. Los representantes del 2-1-1 también puede responder a sus preguntas sobre el programa MBIC. Seleccione la opción 2.

Usted o su hijo fueron denegados para recibir servicios del MDCP debido a las siguientes reglas de participación

Para que una persona reciba servicios del 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 debe:

- Tener 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 que se le presten a usted deben reunir las siguientes condiciones:

- Ser ordenados por un médico.
- Ser necesarios debido a afecciones médicas documentadas.
- Ser proporcionados por un enfermero titulado (RN) o un auxiliar de enfermería titulado (LVN).
- Ser proporcionados directamente o bajo la supervisión de un enfermero titulado en un entorno institucional.
- Ser necesarios 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. Está disponible en línea en sos.state.tx.us/tac/index.shtml (en inglés).

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

Usted tiene derechos

Si cree que ha sido discriminado por su 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-DS, o puede enviar su queja por escrito a:

**Civil Rights Department
Health and Human Services
P.O. Box 149030
Austin, TX 78714-9030**



Formulario para solicitar una audiencia imparcial y ser añadido a listas de interesados tras denegaciones del MDCP

Puede llenar el siguiente formulario de dos páginas o llamar al número de teléfono que aparece en la esquina superior derecha del formulario H2065-DS para pedir una audiencia imparcial, ascender en una lista de interesados o ser colocado al final de la lista de interesados de otro programa de la sección 1915(c), o para pedir todas estas 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 el porte pagado y la dirección.

Datos del solicitante *

Apellido:	Primer nombre:
Apellido del padre, madre o tutor:	Nombre del padre, madre o tutor:
Núm. de Medicaid:	Teléfono:
Dirección:	

Información del representante legalmente autorizado (LAR) *

Apellido:	Primer nombre:
Teléfono:	
Dirección:	

Solicitud de una audiencia imparcial

<input type="checkbox"/> Deseo una audiencia imparcial.	
<input type="checkbox"/> Deseo continuar recibiendo los servicios del MDCP durante el proceso de la audiencia imparcial.	
<hr/> Firma del solicitante, padre, madre, tutor o LAR	<hr/> Fecha



Solicitud del 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 pido una audiencia imparcial, los servicios del MDCP que recibo actualmente se terminarán.

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

Firma del solicitante, padre, madre, tutor o LAR

Fecha

Solicitud para ascender o ser colocado al final de otra lista de interesados

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

___CLASS ___HCS ___TxHmL ___DBMD

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

___CLASS ___HCS ___TxHmL ___DBMD

Firma del solicitante, padre, madre, 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 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 de la fuente: Las disposiciones de esta sección 554.2401 se adoptaron con fecha efectiva del 1 de septiembre de 2008, 33 TexReg 7264 y se transfirieron con la fecha de vigencia del 15 de enero de 2021, de acuerdo con su publicación en el Texas Register el 11 de diciembre de 2020, 45 TexReg 8871.