

CONFIDENCIAL
Anexo C



CalOptima PACE
13300 Garden Grove Blvd.
Garden Grove, CA 92843
1-714-468-1100
Número gratuito: 1-855-785-2584
TDD/TTY: 1-714-468-1063

Formulario para solicitar una apelación para reconsideración de una denegación

Instrucciones para el participante: Por favor llene este formulario para solicitar una apelación de nuestra decisión de negar, retrasar o modificar un servicio o algún pago de un servicio que usted o su representante solicitaron. Envíe el formulario llenado a la dirección a continuación. Una tercera persona imparcial no involucrada en el proceso de determinación de la decisión original revisará su apelación.

Fecha: _____

Para: **Quality Assurance Department**
CalOptima PACE
13300 Garden Grove Blvd.
Garden Grove, CA 92843

De: _____
Nombre del participante / representante del participante/ proveedor [por favor escriba el nombre en letra de molde]

Dirección y número de teléfono de la persona nombrada en la previa línea

A nombre de: _____
Escriba en letra de molde el nombre del participante [si no es el participante quien llena el formulario]

Como **participante / representante / proveedor** (circule uno) de **CalOptima PACE**, yo solicito esta apelación de la denegación, retraso o modificación del(de los) siguiente(s) servicio(s) o pago del(de los) servicio(s):

Deseo apelar la denegación, retraso o modificación del(de los) servicio(s) o pago del(de los) servicio(s) mencionado(s) anteriormente debido a las siguientes razones: (*por ejemplo, explique por qué debe obtener el servicio y cómo le beneficiaría a usted o por qué debemos pagar el servicio*).

Entiendo que si sigo recibiendo el servicio en cuestión antes de que se finalice el proceso de apelación, es posible que yo sea responsable de pagar por el servicio si la decisión original de NO cubrir o reducir los servicios solicitados es apoyada o si la decisión no es a mi favor.

Solicito que **CalOptima PACE** continúe brindándome el servicio en cuestión durante el proceso de apelación: (por favor marque una) Sí___ No___

Por favor tenga en cuenta: Puede agregar páginas adicionales si necesita más espacio.

Solo para el uso interno del personal:

Receipt and Acknowledgement of Appeal:

- Appeal for Reconsideration of Denial Letter received by the **Quality Assurance Department**: Date _____
 - CalOptima PACE Staff** Receipt of Appeal for Reconsideration of Denial Letter documented into Appeal Log (day received): Date: _____
 - CalOptima PACE Medical Director** notified of the appeal concerning disputed health care services or urgent appeal: Date: _____
 - CalOptima PACE Program Director** notified of the appeal concerning coverage decisions or payment decisions. Date: _____
 - Quality Assurance Department** sent a written acknowledgment of *standard* appeal to participant (within 5 days): Date Sent: _____
-

Thirty calendar days (or more quickly if participant's health condition requires) from the day the appeal was received, either:

- The decision to *reverse* the denial, deferral, modification or refusal to pay for services is made.
 - The **Quality Assurance Department** provides written response to *standard* appeal within 30 calendar days (or sooner if health condition requires). Notice of Appeal Resolution, Attachment 5. Date Sent: _____.
 - The decision to *uphold* the denial, deferral, modification or refusal to pay for services is made.
 - The **Quality Assurance Department** provides written response to standard appeal within 30 calendar days (or sooner if health condition requires) to participant and his/her representative, HPMS, and DHCS-LTCD. Notice of Appeal Decision, Attachment 6. Date Sent: _____
 - The **Quality Assurance Department** or **Social Worker** provides written information to participant and/or his/her representative on external review options for appeal.
-

Expedited Review: If the appeal involves an imminent and serious threat to the health of the participant

- The Quality Assurance Department** informs participant by telephone or in person of receipt of *expedited* appeal (within one (1) business day) of receipt of the expedited appeal): Date: _____ Time: _____
- The Quality Assurance Department** provides written response to reverse decision on expedited appeal within 72 hours of receipt of appeal. Notice of Appeal Resolution, Attachment 5. Date Sent: _____. OR
- The Quality Assurance Department** provides written response to uphold decision on expedited appeal within 72 calendar days to participant and his/her representative, HPMS, and DHCS-LTCD. Notice of Appeal Decision, Attachment 6. Date Sent: _____
 - The **Quality Assurance Department** provides written information to participant and/or his/her representative on external review options for appeal.

Comments: