



Colorado Center  
on Law and Policy



**SERVICIOS MÉDICOS DOMICILIARIOS  
Y DE ENFERMERÍA PRIVADA:  
COMO TRAMITAR UNA  
APELACION DE  
MEDICAID  
UNA GUÍA DE CCLP**

# ÍNDICE TEMÁTICO

Aviso legal: La información que contiene esta guía no constituye, y no pretende ser, asesoramiento jurídico; sino que toda la información, el contenido, y los materiales incluidos aquí se proporcionan únicamente con fines de información general. Es posible que la información contenida en esta guía no constituye la información legal más actualizada u otra información más actualizada.



## **01**

¿Por qué apelar?

## **02**

¿Qué es un “aviso suficiente legalmente”?

## **04**

¿Cómo puedo solicitar una apelación?

## **05**

¿Dónde y cuándo puedo tramitar una apelación?

## **06**

¿Quién puede ayudarme con una apelación?

# ¿POR QUÉ APELAR?

## Medicaid es un derecho que le corresponde.

Esto quiere decir que, si cumple con los requisitos, usted tiene derecho a obtener estos servicios de acuerdo con el programa si son necesarios desde el punto de vista médico. El estado no puede negar, reducir o quitarle sus beneficios sin un "debido proceso", lo que significa que debe enviarle un aviso suficiente legalmente y darle la oportunidad de que usted les diga por qué debe recibirlos.



**Usted puede evaluar la posibilidad de tramitar una apelación ante la Oficina del Tribunal Administrativo (Office of Administrative Courts, OAC, por sus siglas en inglés) si:**

- le niegan o reducen un beneficio o servicio
- le deniegan su solicitud para obtener un servicio o beneficio nuevo, o
- el aviso de cambio o denegación no es "suficiente legalmente."



# ¿QUÉ ES UN “AVISO SUFICIENTE LEGALMENTE”?

**Los avisos se deben enviar al menos 10 días antes de la fecha de acción y deben incluir lo siguiente:**

1. la fecha de acción, que es la fecha en la que la reducción o cancelación entra en vigor
2. la decisión que se tomó
3. el motivo de la decisión
4. los reglamentos citados que rigen la decisión
5. una explicación de los derechos de apelación

## Decisión

**Fecha del aviso**

**Fecha de acción**

**Norma del programa**

**Motivo**

Health First  
COLORADO  
Colorado's Medicaid Program

[LTR DATE]  
[FIRST NAME] [LAST NAME]  
[ADDRESS]  
[CITY], [STATE] [ZIP]

Member ID: (MEMBER'S MEDICAID NUMBER)

**Your benefit or service request was partially approved**

Dear Member,

You are receiving this letter because we partially approved your health care provider's request for the following benefit or service: [REVENUE CODE DESCRIPTION/CPT DESCRIPTION].

**We approved part of your request**

You were approved for some benefits or services:

Code	Description	Start date	End date	Total units approved	Total units denied
[xxxxx]	[TEXT]	[XX/XX/XXXX]	[XX/XX/XXXX]	[XXXX]	[XXXX]
<b>TOTAL</b>				[XXXX]	[XXXX]

**Why we denied part of your request**

Your health care provider made a request for this service. Medical professionals reviewed this request on behalf of Health First Colorado. A clinical team of nurses and doctors determines whether requested services are medically necessary according to established criteria and guidelines.

The doctors and nurses who reviewed your request determined that part of your request is not medically necessary as described in [REFERENCE CODE CITATION].

We decided that the benefit or service is not medically necessary because:

- [DENIAL LONG DESCRIPTION]
- [CLINICAL RATIONALE FOR THE DETERMINATION]

Health SOLUTIONS

1

COLORADO  
Department of Health Care  
Policy & Financing



Puede encontrar los reglamentos citados aquí:

<https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/department-program-rules-and-regulations>



# “AVISO SUFICIENTE LEGALMENTE” (continuación)

## Normativa EPSDT

If the request for services is for a member 20 years of age or younger, the request was also evaluated for medical necessity under the Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT) regulations at 10 C.C.R. 2505-10, Section 8.280.4.E.

### Get Help

- We informed your health care provider of our decision. They can answer questions about the next steps for your medical care, or if you have questions about the request. You may be eligible for a different service or waiver that will meet your needs.
- If you have questions about your Health First Colorado benefits, please call the Member Contact Center at 1-800-221-3943 (State Relay 711) Monday-Friday from 8:00 a.m. to 4:30 p.m.

### You can appeal this decision

You have the right to appeal this decision if you disagree with it. Your request for an appeal must be received by the Office of Administrative Courts by [APPEAL DEADLINE DATE]. Instructions for how to appeal are at the end of this letter.

### Request details

Prior authorization number:	[XXXXXXXXXX]
Start date:	[XX/XX/XXXX]
End date:	[XX/XX/XXXX]
Agency:	[AGENCY NAME AND NUMBER]
Health care provider:	[ORDERING PROVIDER AND NUMBER]
Benefit or service type:	[SETTING]
Review request date:	[XX/XX/XXXX]
Review ID:	XXXXXXX

## Fecha de acción



Si falta cualquiera de estos elementos, usted podrá apelar la decisión simplemente porque el aviso no era suficiente.

# ¿CÓMO PUEDO SOLICITAR UNA APELACIÓN?

**Una carta de apelación debe incluir la siguiente información.**

- **EL NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICAID DE LA PERSONA CUYOS BENEFICIOS SE HAN REDUCIDO O DENEGADO**
  - Si usted está apelando en nombre de otra persona, especifique su relación con esa persona
  - Si usted no es el padre o el tutor de la persona por la que está apelando, proporcione documentos que prueben que puede tramitar la apelación en su nombre
- **UNA DECLARACIÓN EN LA QUE INDIQUE NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN**
- **SI FUERA NECESARIO, UNA SOLICITUD DE LAS ACOMODACIONES QUE PUEDA NECESITAR**
  - traducción a otro idioma, acceso a un teléfono de TTY, etc.
- **SI LO DESEA, UNA SOLICITUD DE AUDIENCIA EN PERSONA EN LA OFICINA DEL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO (OAC)**
- **SI SU CARTA VA A RECIBIRSE ANTES DE LA FECHA DE ACCIÓN, PERO USTED *NO* QUIERE OBTENER BENEFICIOS CONTINUADOS:**
  - una declaración en la que indique que no quiere estos beneficios
- **SI SU CARTA VA A RECIBIRSE DESPUÉS DE LA FECHA DE ACCIÓN Y USTED *SÍ* QUIERE OBTENER BENEFICIOS CONTINUADOS:**
  - una declaración en la que indique que quiere estos beneficios y el motivo por el que presentó la solicitud tarde
- **SI RECIBIÓ UN AVISO, ADJUNTE UNA COPIA DEL MISMO A SU CARTA.**

**IMPORTANTE:** Si puede, tramite su apelación en línea para reducir el riesgo de que sus documentos se pierdan.

**IMPORTANTE:** Podrá presentar documentos médicos, cartas y otra información después de presentar los documentos iniciales, siempre que sea antes de la fecha de la audiencia.

# ¿DÓNDE Y CUÁNDO PUEDO TRAMITAR UNA APELACIÓN?

Para tramitar una apelación, use el formulario de inicio de caso en línea del estado o envíe la solicitud de apelación por correo o fax con la información que ve aquí:

**Form:** [socgov12.force.com/CourtLink/login](https://socgov12.force.com/CourtLink/login)

**Dirección postal:** 1525 Sherman Street  
Fourth Floor  
Denver, CO 80203

**Teléfono:** 303-866-5909

**Fax:** 303-866-5626

**Correo electrónico:** [OAC-GS@state.co.us](mailto:OAC-GS@state.co.us)



## ¿CUÁL ES LA FECHA LÍMITE PARA TRAMITAR UNA APELACIÓN?

Si usted ya recibía servicios, sus beneficios pueden continuar durante la apelación, pero solo si su solicitud para una audiencia SE RECIBE ANTES DE LA FECHA DE ACCIÓN.

Todas las solicitudes de audiencias deben recibirse EN EL PLAZO DE 60 DÍAS DESDE LA FECHA DEL AVISO.

Es posible que tenga tiempo adicional para presentar una solicitud de beneficios continuados si:

- nunca recibió el aviso o lo recibió tarde;
- su apelación no se pudo tramitar a tiempo porque usted (o la persona que lo representa) estuvo enfermo o no estuvo disponible

## ¿TIENE DUDAS? (PREGUNTAS Y RESPUESTAS)

P. Si cambio de opinión más adelante y decido que no quiero una audiencia, ¿puedo retirar mi apelación?

R. Sí. Puede retirar la apelación si cambia de idea.

P. Si se pasa el plazo de 60 días para presentar la apelación y decido que quiero tener una audiencia, ¿tengo otra oportunidad para solicitarla?

A. No. No se suelen aceptar apelaciones tardías.

# ¿QUIÉN PUEDE AYUDARME CON UNA APELACIÓN?

## DEFENSORES DE LA COMUNIDAD

### Colorado Cross-Disability Coalition

www.ccdonline.org/individual-advocacy  
(303) 839-1775

### Family Voices Colorado

www.familyvoicesco.org  
(303) 877-1747

## ORGANIZACIONES JURÍDICAS

### Colorado Legal Services

www.applyonlinecls.org  
(303) 837-1313

### Colorado Center on Law and Policy

www.cclponline.org  
(303) 573-5669

Para recibir más información, visite el sitio web de la OAC: <https://www.colorado.gov/oac>



CCLP apoya a comunidades diversas por todo Colorado en la lucha contra la pobreza por las investigaciones, la legislación, y la abogacía. Aprenda más sobre CCLP y descubra otros recursos en [cclponline.org](http://cclponline.org).

789 N. Sherman Street  
Ste. 300  
Denver CO, 80203

[cclponline.org](http://cclponline.org)  
[info@cclponline.org](mailto:info@cclponline.org)  
303-573-5669

