

Paquete de información sobre el proceso de apelación de la aseguradora de cuidado de la salud Humana

LEA ATENTAMENTE LA INFORMACIÓN QUE SE INCLUYE EN ESTE PAQUETE Y GUÁRDALA PARA CONSULTARLA MÁS ADELANTE. CONTIENE INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE CÓMO SE APELAN LAS DECISIONES QUE TOMAMOS SOBRE SU CUIDADO DE LA SALUD.

Cómo obtener información sobre el proceso de apelaciones relacionadas con el cuidado de la salud

Ayuda para presentar una apelación: Formularios estandarizados y formulario de asistencia al consumidor del Departamento de Seguros e Instituciones Financieras

Debemos enviarle una copia de este paquete de información cuando reciba su póliza por primera vez, cuando usted o el proveedor que le brinda tratamiento lo pidan, y proporcionarle acceso a una copia del paquete de información en nuestro sitio web. Cuando se renueve su cobertura de seguro, también debemos enviarle una declaración por separado para recordarle que puede solicitar otra copia de este paquete. Simplemente llame a nuestro número de servicios para clientes/afiliados al 1-(800) 901-1303 para hacerlo.

En la parte posterior de este paquete, encontrará formularios que puede usar para su apelación. El Departamento de Seguros e Instituciones Financieras de Arizona (el “Departamento”) desarrolló estos formularios para ayudar a las personas que desean presentar una apelación con respecto al cuidado de la salud. No está obligado a usarlos. No podemos rechazar su apelación si no los utiliza. Si necesita ayuda para presentar una apelación, o si tiene preguntas sobre el proceso de apelaciones, puede llamar a la Sección de Servicios al Consumidor del Departamento al (602) 364-2499 o al 1-(800) 325-2548 (fuera de Phoenix), o llamarnos al 1-(800) 901-1303.

Cómo saber cuándo puede apelar

Cuando no autorizamos o aprobamos un servicio, o no pagamos una reclamación, debemos notificarle su derecho a apelar esa decisión. El aviso que se le envíe puede provenir directamente de nosotros o del proveedor que le brinda tratamiento.

Decisiones que puede apelar

Puede apelar las siguientes decisiones:

1. Si no aprobamos un servicio que usted o el proveedor que le brinda tratamiento haya solicitado.
2. Si no pagamos un servicio que usted ya haya recibido.
3. Si no autorizamos un servicio ni pagamos una reclamación porque decimos que no es “medicamente necesario”.
4. Si no autorizamos un servicio ni pagamos una reclamación porque decimos que no está cubierto por su póliza de seguro, y usted cree que está cubierto.
5. Si no le notificamos, en el término de los 10 días hábiles siguientes a la recepción de su solicitud, si autorizaremos o no un servicio solicitado.
6. Si no autorizamos un referido a un especialista.

Decisiones que no puede apelar

No puede apelar las siguientes decisiones:

1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión en cuanto a la cantidad de “cargos habituales”. Consulte los términos y condiciones de su certificado de cobertura.
2. Si no está de acuerdo con cómo estamos coordinando los beneficios cuando tiene seguro de salud de más de una aseguradora.
3. Si no está de acuerdo con cómo hemos aplicado sus reclamaciones o servicios al deducible de su plan.
4. Si no está de acuerdo con la cantidad de coseguro o copagos que pagó.
5. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de emitirle o no una póliza.
6. Si está insatisfecho con algún aumento de la tarifa que reciba en virtud de su póliza de seguro.
7. Si cree que hemos violado alguna otra parte del Código de Seguro de Arizona.

Si no está de acuerdo con una decisión que no se puede apelar de acuerdo con esta lista, igualmente puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros e Instituciones Financieras de Arizona, Sección de Servicios al Consumidor, 100 N. 15th Ave., Suite 261, Phoenix, AZ 85007. También puede presentar una queja a través de nuestro sitio web: www.difi.az.gov.

¿Quién puede presentar una apelación?

Usted o el proveedor que le brinda tratamiento pueden presentar una apelación en su nombre. Al final de este paquete hay un formulario que puede usar para presentar su apelación. No tiene la obligación de utilizar este formulario y puede enviarnos una carta con la misma información. Si decide apelar nuestra decisión de denegar la autorización para un servicio, debe decírselo al proveedor que le brinda tratamiento para que pueda ayudarlo a obtener la información que necesita para presentar su caso.

Descripción del proceso de apelación

Existen dos tipos de apelaciones: la apelación acelerada para cuestiones urgentes y la apelación estándar. Cada tipo de apelación tiene 3 niveles. Las apelaciones funcionan de manera similar, con la diferencia de que las apelaciones aceleradas se procesan mucho más rápido debido a la afección del paciente.

	Apelaciones aceleradas <u>(para servicios que se necesitan con</u> <u>urgencia que aún no ha recibido)</u>	Apelaciones estándares <u>(para servicios no urgentes o</u> <u>reclamaciones denegadas)</u>
Nivel 1	Revisión médica acelerada	Reconsideración informal ¹
Nivel 2	Apelación acelerada	Apelación formal
Nivel 3	Revisión médica externa independiente acelerada	Revisión médica independiente externa

¹ No está disponible la reconsideración informal para una reclamación denegada.

Tomamos las decisiones de Nivel 1 y Nivel 2. Un revisor externo, que es completamente independiente de nuestra empresa, toma las decisiones de Nivel 3. Usted no es responsable de pagar los costos de la revisión externa si decide apelar al Nivel 3.

PROCESO DE APELACIÓN ACELERADO PARA SERVICIOS QUE SE NECESITAN CON URGENCIA QUE AÚN NO SE HAN PROPORCIONADO

Nivel 1. Revisión médica acelerada

Su solicitud: Usted puede obtener una revisión médica acelerada de su solicitud denegada para un servicio que aún no se haya proporcionado si:

- Nosotros le brindamos cobertura,
- Negamos su solicitud de un servicio cubierto, y
- El proveedor que le brinda tratamiento certifica por escrito y proporciona documentación de respaldo que indica que el tiempo necesario para procesar su solicitud a través del proceso informal de reconsideración y de apelación formal (alrededor de 60 días) es probable que cause un cambio negativo significativo en su afección médica. (Al final de este paquete hay un formulario que su proveedor puede usar para esto. Su proveedor también podría enviar una carta o crear un formulario con información similar). El proveedor que le brinda tratamiento debe enviar la certificación y la documentación a:

Humana Grievance and Appeal Department (Departamento de quejas y apelaciones de Humana)

PO Box 14546

Lexington, KY 40512-4546

Phone: 1-(800) 901-1303

Fax: 1-(920) 339-2112

Nuestra decisión: Tenemos 1 día hábil después de recibir la información del proveedor de tratamiento para decidir si debemos cambiar nuestra decisión y autorizar el servicio solicitado. Dentro de ese mismo día hábil, debemos llamarlos e informarles a usted y al proveedor que le brinda tratamiento, y enviarle por correo nuestra decisión por escrito. La decisión escrita debe explicar los motivos de nuestra decisión y decirle los documentos en los que basamos nuestra decisión.

Si denegamos su solicitud: Puede apelar inmediatamente al Nivel 2.

Si concedemos su solicitud: Autorizaremos el servicio y finalizará la apelación.

Si referimos su caso al Nivel 3: Podemos decidir omitir el Nivel 1 y el Nivel 2 y enviar su caso directamente a un revisor independiente en el Nivel 3.

Nivel 2: Apelación acelerada

Su solicitud: Si denegamos su solicitud en el Nivel 1, puede solicitar una apelación acelerada. Después de recibir nuestra denegación en el Nivel 1, el proveedor que le brinda tratamiento ***debe enviarnos inmediatamente*** una solicitud por escrito (a la misma persona y dirección que se indican anteriormente para el Nivel 1) para indicarnos que apelará al Nivel 2. Para ayudar a su apelación, su proveedor también debe enviarnos más información (que el proveedor aún no nos haya enviado) para demostrar

por qué necesita el servicio solicitado.

Nuestra decisión: Tenemos 3 días hábiles después de recibir la solicitud para tomar una decisión.

Si denegamos su solicitud: Puede apelar inmediatamente al Nivel 3.

Si concedemos su solicitud: Autorizaremos el servicio y finalizará la apelación.

Si referimos su caso al Nivel 3: Podemos decidir omitir el Nivel 2 y enviar su caso directamente a un revisor independiente en el Nivel 3.

Nivel 3: Revisión externa independiente acelerada

Su solicitud: Usted puede apelar al Nivel 3 solo después de haber apelado en los Niveles 1 y 2. Solo tiene 5 días hábiles desde que recibe nuestra decisión de Nivel 2 para enviarnos su solicitud por escrito de una revisión externa independiente acelerada. Envíe su solicitud y la información de respaldo que tenga a:

Humana Grievance and Appeal Department (Departamento de quejas y apelaciones de Humana)

PO Box 14546

Lexington, KY 40512-4546

Phone: 1-(800) 901-1303

Fax: 1-(920) 339-2112

Ni usted ni su proveedor de tratamiento son responsables del costo de la revisión externa independiente.

El proceso: Hay dos tipos de apelaciones de Nivel 3, según las cuestiones que atañen a su caso:

(1) Necesidad médica

Estos son los casos en los que hemos decidido no autorizar un servicio porque creemos que los servicios que usted (o el proveedor que le brinda tratamiento) está pidiendo no son médicamente necesarios para tratar su problema. Para casos de necesidad médica, el revisor independiente es un proveedor contratado por una organización de revisión independiente (“IRO”) externa, que es obtenida por el Departamento de Seguros e Instituciones Financieras de Arizona y no está relacionada con nuestra compañía. El revisor de la IRO debe ser un proveedor que normalmente atiende la afección que está en revisión.

(2) Cobertura del contrato

Estos son los casos en los que hemos denegado la cobertura porque creemos que el servicio solicitado no está cubierto por su póliza de seguro. Para los casos de cobertura del contrato, el Departamento de Seguros e Instituciones Financieras de Arizona es el revisor independiente.

Casos de necesidad médica

En el término de 1 día hábil después de recibir su solicitud, debemos hacer lo siguiente:

1. Enviar un acuse de recibo por escrito de la solicitud al Director del Departamento de Seguros e Instituciones Financieras (“Director”), a usted y al proveedor que le brinda tratamiento.
2. Enviar al Director: la solicitud de revisión; su póliza, la evidencia de cobertura o un documento similar; todos los registros médicos y la documentación de respaldo que hayamos utilizado para tomar la decisión; un resumen de las cuestiones aplicables, incluida una declaración de nuestra decisión; los criterios utilizados y las razones clínicas para nuestra decisión; y las partes relevantes de nuestras pautas de revisión de utilización. También debemos incluir el nombre y las credenciales del proveedor de cuidado de la salud que revisó y confirmó la denegación en los niveles de apelación anteriores.

En el término de los 2 días hábiles siguientes a la recepción de nuestra información, el Director debe enviar toda la información presentada a una organización de revisión independiente (la “IRO”) externa.

En el término de las 72 horas siguientes a la recepción de la información, la IRO debe tomar una decisión y enviarla al Director.

En el término de 1 día hábil después de recibir la decisión de la IRO, el Director debe enviarnos un aviso de la decisión a nosotros, a usted y al proveedor que le brinda tratamiento.

La decisión (necesidad médica): Si la IRO decide que debemos prestar el servicio, debemos autorizar el servicio. Si la IRO está de acuerdo con nuestra decisión de denegar el servicio, la apelación habrá finalizado. Su única otra opción es elevar su reclamación a un Tribunal Superior.

Casos de cobertura del contrato

En el término de 1 día hábil después de recibir su solicitud, debemos hacer lo siguiente:

1. Enviar un acuse de recibo por escrito de su solicitud al Director, a usted y al proveedor que le brinda tratamiento.
2. Enviar al Director: la solicitud de revisión, su póliza, la evidencia de cobertura o un documento similar, todos los registros médicos y la documentación de respaldo que hayamos utilizado para tomar la decisión, un resumen de las cuestiones aplicables, incluida una declaración de nuestra decisión, los criterios utilizados y las razones clínicas para nuestra decisión, y las partes relevantes de nuestras pautas de revisión de utilización.

En el término de los 2 días hábiles siguientes a la recepción de esta información, el Director debe determinar si el servicio o reclamación está cubierto, emitir una decisión y enviarnos un aviso a nosotros, a usted y al proveedor que le brinda tratamiento.

Referido a la IRO para casos de cobertura del contrato: El Director a veces no puede determinar los problemas de cobertura. Si esto ocurre, el Director remitirá su caso a una IRO. La IRO tendrá 72 horas para tomar una decisión y enviarla al Director. El Director tendrá 1 día hábil después de recibir la decisión de la IRO para enviarnos la decisión a nosotros, a usted y al proveedor que le brinda tratamiento.

La decisión (cobertura del contrato): Si no está de acuerdo con la decisión definitiva del Director sobre un problema de cobertura del contrato, puede solicitar una audiencia ante la Oficina de Audiencias Administrativas (“OAH”). Si no estamos de acuerdo con la decisión definitiva del Director, también podemos solicitar una audiencia ante la OAH. Se debe solicitar una audiencia en el término de los 30 días siguientes a la recepción de la decisión del Director. La OAH debe programar y completar rápidamente una audiencia para apelaciones de decisiones aceleradas de Nivel 3.

PROCESO DE APELACIÓN ESTÁNDAR PARA SERVICIOS NO URGENTES Y RECLAMACIONES DENEGADAS

Nivel 1. Reconsideración informal

Su solicitud: Usted puede obtener una reconsideración informal de su solicitud denegada de un servicio si:

- Nosotros le brindamos cobertura,
- Hemos denegado su solicitud de un servicio cubierto,
- Usted no califica para una apelación acelerada, y
- Usted o el proveedor que le brinda tratamiento solicitan una reconsideración informal en el término de los 2 años después de la fecha en que denegamos por primera vez el servicio solicitado, llamando o enviando su solicitud a:

Humana Grievance and Appeal Department (Departamento de quejas y apelaciones de Humana)

PO Box 14546

Lexington, KY 40512-4546

Phone: 1-(800) 901-1303

Fax: 1-(920) 339-2112

Reclamación por un servicio cubierto que ya se haya proporcionado pero no pagado: Usted no puede obtener una reconsideración informal de su solicitud denegada del pago de un servicio cubierto. En su lugar, puede iniciar el proceso de revisión solicitando una apelación formal.

Nuestro acuse de recibo: Tenemos 5 días hábiles después de recibir su solicitud de reconsideración informal (la “fecha de recepción”) para enviarles a usted y al proveedor que le brinda tratamiento un aviso de que recibimos su solicitud.

Nuestra decisión: Tenemos 30 días después de la fecha de recepción para decidir si debemos cambiar nuestra decisión y autorizar el servicio solicitado. En el término de esos mismos 30 días, debemos enviarles a usted y al proveedor que le brinda tratamiento nuestra decisión por escrito. La decisión escrita debe explicar los motivos de nuestra decisión y decirle los documentos en los que basamos nuestra decisión.

Si denegamos su solicitud: Tiene 60 días para apelar al Nivel 2.

Si concedemos su solicitud: Con la decisión se autorizará el servicio y la apelación habrá terminado.

Si referimos su caso al Nivel 3: Podemos decidir omitir el Nivel 1 y el Nivel 2 y enviar su caso directamente a un revisor independiente en el Nivel 3.

Nivel 2: Apelación formal

Su solicitud: Puede solicitar una apelación formal si: (1) denegamos su solicitud en el Nivel 1 o usted tiene una reclamación no pagada y no proporcionamos una revisión de Nivel 1. Después de recibir nuestra denegación en el Nivel 1, usted o el proveedor que le brinda tratamiento deben enviarnos una solicitud por escrito en el término de los 60 días para indicarnos que apelará al Nivel 2. Si no proporcionamos una revisión de Nivel 1 de su reclamación denegada, usted tiene 2 años desde nuestra primera notificación de denegación para solicitar una apelación formal. Para ayudarnos a tomar una decisión sobre su apelación, usted o su proveedor también deben enviarnos más información (que aún no nos hayan enviado) para demostrar por qué deberíamos autorizar el servicio solicitado o pagar la reclamación. Envíe su solicitud de apelación e información a.

Humana Grievance and Appeal Department (Departamento de quejas y apelaciones de Humana)

PO Box 14546

Lexington, KY 40512-4546

Phone: 1-(800) 901-1303

Fax: 1-(920) 339-2112

Nuestro acuse de recibo: Tenemos 5 días hábiles después de recibir su solicitud de apelación formal (la “fecha de recepción”) para enviarles a usted y al proveedor que le brinda tratamiento un aviso de que recibimos su solicitud.

Nuestra decisión: Para un servicio denegado que aún no haya recibido, tenemos 30 días después de la fecha de recepción para decidir si debemos cambiar nuestra decisión y autorizar el servicio solicitado. Para reclamaciones denegadas, tenemos 60 días para decidir si debemos cambiar nuestra decisión y pagar su reclamación. Le enviaremos a usted y al proveedor que le brinda tratamiento nuestra decisión por escrito. La decisión escrita debe explicar los motivos de nuestra decisión y decirle los documentos en los que basamos nuestra decisión.

Si rechazamos su solicitud o reclamación: Tiene cuatro meses para apelar al Nivel 3.

Si concedemos su solicitud: Autorizaremos el servicio o pagaremos la reclamación y la apelación habrá terminado.

Si referimos su caso al Nivel 3: Podemos decidir omitir el Nivel 2 y enviar su caso directamente a un revisor independiente en el Nivel 3.

Nivel 3: Revisión externa independiente

Su solicitud: Usted puede apelar al Nivel 3 solo después de haber apelado en los Niveles 1 y 2. Tiene cuatro meses desde que recibe nuestra decisión de Nivel 2 para enviarnos su solicitud por escrito de una revisión externa independiente. Envíe su solicitud y la información de respaldo que tenga a:

Humana Grievance and Appeal Department (Departamento de quejas y apelaciones de Humana)
PO Box 14546
Lexington, KY 40512-4546
Phone: 1-(800) 901-1303
Fax: 1-(920) 339-2112

Ni usted ni su proveedor de tratamiento son responsables del costo de la revisión externa independiente.

El proceso: Hay dos tipos de apelaciones de Nivel 3, según las cuestiones que atañen a su caso:

(1) Necesidad médica

Estos son los casos en los que hemos decidido no autorizar un servicio porque creemos que los servicios que usted (o el proveedor que le brinda tratamiento) está pidiendo no son médicamente necesarios para tratar su problema. Para casos de necesidad médica, el revisor independiente es un proveedor contratado por una organización de revisión independiente (IRO) externa, que es obtenida por el Departamento de Seguros e Instituciones Financieras de Arizona y no está relacionada con nuestra compañía. Para casos de necesidad médica, el revisor debe ser un proveedor que normalmente atiende la afección que está en revisión.

(2) Cobertura del contrato

Estos son los casos en los que hemos denegado la cobertura porque creemos que el servicio solicitado no está cubierto por su póliza de seguro. Para los casos de cobertura del contrato, el Departamento de Seguros e Instituciones Financieras de Arizona es el revisor independiente.

Casos de necesidad médica

En el término de 5 días hábiles después de recibir su solicitud, debemos hacer lo siguiente:

1. Enviar por correo postal un acuse de recibo por escrito de la solicitud al Director, a usted y al proveedor que le brinda tratamiento.
2. Enviar al Director: la solicitud de revisión; su póliza, la evidencia de cobertura o un documento similar; todos los registros médicos y la documentación de respaldo que hayamos utilizado para tomar la decisión; un resumen de las cuestiones aplicables, incluida una declaración de nuestra decisión; los criterios utilizados y las razones clínicas para nuestra decisión; y las partes relevantes de nuestras pautas de revisión de utilización. También debemos incluir el nombre y las credenciales del proveedor de cuidado de la salud que revisó y confirmó la denegación en los niveles de apelación anteriores.

En el término de los 5 días siguientes a la recepción de nuestra información, el Director debe enviar toda la información presentada a una organización de revisión independiente (la “IRO”) externa.

En el término de los 21 días siguientes a la recepción de la información, la IRO debe tomar una decisión y enviarla al Director.

En el término de 5 días hábiles después de recibir la decisión de la IRO, el Director debe enviarnos un aviso de la decisión a nosotros, a usted y al proveedor que le brinda tratamiento.

La decisión (necesidad médica): Si la IRO decide que debemos prestar el servicio o pagar la reclamación, debemos autorizar el servicio o pagar la reclamación. Si la IRO está de acuerdo con nuestra decisión de denegar el servicio o el pago, la apelación habrá finalizado. Su única otra opción es elevar su reclamación a un Tribunal Superior.

Casos de cobertura del contrato

En el término de 5 días hábiles después de recibir su solicitud, debemos hacer lo siguiente:

1. Enviar un acuse de recibo por escrito de su solicitud al Director, a usted y al proveedor que le brinda tratamiento.
2. Enviar al Director: la solicitud de revisión, su póliza, la evidencia de cobertura o un documento similar, todos los registros médicos y la documentación de respaldo que hayamos utilizado para tomar la decisión, un resumen de las cuestiones aplicables, incluida una declaración de nuestra decisión, los criterios utilizados y las razones clínicas para nuestra decisión, y las partes relevantes de nuestras pautas de revisión de utilización.

En el término de los 15 días hábiles siguientes a la recepción de esta información, el Director debe determinar si el servicio o reclamación está cubierto, emitir una decisión y enviarnos un aviso a nosotros, a usted y al proveedor que le brinda tratamiento. Si el Director decide que debemos prestar el servicio o pagar la reclamación, debemos hacerlo.

Referido a la IRO para casos de cobertura del contrato: El Director a veces no puede determinar los problemas de cobertura. Si esto ocurre, el Director remitirá su caso a una IRO. La IRO tendrá 21 días para tomar una decisión y enviarla al Director. El Director tendrá 5 días hábiles después de recibir la decisión de la IRO para enviarnos la decisión a nosotros, a usted y al proveedor que le brinda tratamiento.

La decisión (cobertura del contrato): Si no está de acuerdo con la decisión definitiva del Director sobre un problema de cobertura, puede solicitar una audiencia ante la Oficina de Audiencias Administrativas (“OAH”). Si no estamos de acuerdo con la determinación de problemas de cobertura del Director, también podemos solicitar una audiencia ante la OAH. Las audiencias se deben solicitar en el término de los 30 días siguientes a la recepción de la determinación del problema de cobertura. La OAH tiene reglas que rigen el modo en que se llevan a cabo los procedimientos de audiencia.

Obtención del expediente médico

La Ley de Arizona (A.R.S. 12-2293) le permite solicitar una copia de su expediente médico. Su solicitud debe ser por escrito y debe especificar quién desea que reciba el expediente. El proveedor de cuidado de la salud que tenga su expediente le proporcionará a usted o a la persona que usted especificó una copia de su expediente.

Persona designada para la toma de decisiones: Si usted tiene una persona designada para la toma de decisiones de cuidado de la salud, esa persona debe enviar una solicitud por escrito para obtener acceso a su expediente médico o copias de este. Los registros médicos se deben proporcionar a la persona responsable de la toma de decisiones de cuidado de la salud o a una persona designada por escrito por la persona responsable de la toma de decisiones de cuidado de la salud, salvo que usted limite el acceso a su expediente médico solo a usted o a la persona responsable de la toma de decisiones de cuidado de la salud.

Confidencialidad: El expediente médico que se divulgue en virtud de la A.R.S. §12-2293 mantiene su confidencialidad. Si participa en el proceso de apelación, las partes relevantes de su expediente médico solo se pueden divulgar a personas que estén autorizadas a participar en el proceso de revisión de la afección médica en revisión. Estas personas no pueden divulgar su información médica a ninguna otra persona.

Documentación necesaria para una apelación

Si decide presentar una apelación, debe darnos una justificación o documentación material para la apelación en el momento en que se presenta la apelación. Si recopila nueva información durante el transcurso de la apelación, debe dárnosla no bien la reciba. También debe darnos la dirección y el número de teléfono a los que podemos comunicarnos con usted. Si la apelación ya está en el Nivel 3, también debe enviar la información al Departamento.

El papel del Departamento de Seguros e Instituciones Financieras

La Ley de Arizona (A.R.S. §20-2533[F]) exige que “cualquier afiliado que presente una queja ante el Departamento en relación con una decisión adversa, debe emplear el proceso de revisión que exige” la ley. Esto significa que, para las decisiones apelables, usted debe avanzar con el proceso de apelaciones sobre el cuidado de la salud antes de que el Director pueda investigar una queja que tenga contra nuestra empresa sobre la base de la decisión en cuestión en la apelación.

El proceso de apelación requiere que el Director:

1. Supervise el proceso de apelaciones.
2. Conserve copias de cada plan de revisión de la utilización enviado por las aseguradoras.
3. Reciba, procese y actúe de acuerdo con las solicitudes de una aseguradora para la revisión externa independiente.
4. Haga cumplir las decisiones de las aseguradoras.
5. Revise las decisiones de las aseguradoras.
6. Envíe, cuando sea necesario, un registro de los procedimientos de una apelación ante el Tribunal Superior o ante la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH).
7. Emita una decisión administrativa definitiva sobre problemas de cobertura, incluida la notificación del derecho a solicitar una audiencia en OAH.

Recepción de documentos

Toda notificación por escrito, acuse de recibo, solicitud, decisión u otro documento por escrito que se envíe por correo postal se considerará recibido por la persona a la que el documento esté dirigido de forma adecuada el quinto día hábil después de su envío por correo postal. “Dirigido de forma adecuada” significa a su última dirección postal conocida.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIÓN SOBRE CUIDADO DE LA SALUD
Puede utilizar este formulario para decirle a su aseguradora que desea apelar una decisión de denegación.

Nombre del afiliado asegurado _____ N.º de id. de afiliado _____
Nombre del representante que avanza con la apelación, si no es la misma que figura arriba _____ Dirección postal _____
N.º de teléfono _____ Ciudad _____
Estado _____ Código postal _____

Tipo de denegación: ☐ Denegación de reclamación ☐ Denegación de servicio aún no recibido

Nombre de la aseguradora que denegó la reclamación/el servicio: _____

Si apelará la decisión de su aseguradora de negar un servicio que aún no ha recibido, ¿un retraso de 30 a 60 días para recibir el servicio probablemente causará un cambio negativo significativo en su salud? Si su respuesta es "Sí", es posible que tenga derecho a una apelación acelerada. El proveedor que le brinda tratamiento debe firmar y enviar una certificación y documentación que respalde la necesidad de una apelación acelerada.

¿Qué decisión apelará? _____

(Explique qué desea que su aseguradora autorice o pague).

Explique por qué cree que le deben cubrir la reclamación o el servicio:

(Adjunte más hojas, de ser necesario).

Si tiene preguntas sobre el proceso de apelación o necesita ayuda para preparar su apelación, puede llamar al número de asistencia al consumidor del Departamento de Seguros, (602) 364-2499 o 1-(800) 325-2548, o a Humana al 1-(800) 901-1303.

Asegúrese de adjuntar todo lo que demuestre por qué usted cree que su aseguradora debe cubrir su reclamación o autorizar un servicio, incluido lo siguiente:

☐ Expediente médico ☐ Documentación de respaldo (carta de su médico, folletos, notas, recibos, etc.) **También adjunte la certificación del proveedor que le brinda tratamiento si solicitará una revisión acelerada.

Firma del asegurado o del representante autorizado

Fecha

Envíe el formulario completado a la dirección que se indica arriba.

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE PROVEEDORES PARA REVISIONES MÉDICAS ACELERADAS

(Usted y su proveedor pueden usar este formulario al solicitar una apelación acelerada).

Un paciente al que se le deniega la autorización para un servicio cubierto tiene derecho a una apelación acelerada si el proveedor que le brinda tratamiento certifica y proporciona documentación de respaldo que indique que el tiempo que se necesita para el proceso de apelación estándar (alrededor de 60 días) "es probable que cause un cambio negativo significativo en la afección médica [del paciente] en cuestión".

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Médico/proveedor que brinda tratamiento _____
N.º de teléfono _____ N.º de fax _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____ N.º de id. de afiliado _____
N.º de teléfono _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Zip _____

INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA

Nombre del paciente _____
N.º de teléfono _____ N.º de fax _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Zip _____

- ¿La apelación que se presenta es para un servicio que el paciente ya ha recibido? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, el paciente debe avanzar con el proceso de apelaciones estándares y no puede utilizar el proceso de apelaciones aceleradas. En caso negativo, siga completando este formulario.
- ¿La denegación de qué servicio apela el paciente? _____

- Explique por qué cree que el paciente necesita el servicio solicitado y por qué el tiempo que lleva el proceso de apelación estándar dañará al paciente. _____

Adjunte más hojas, de ser necesario, e incluya: ☐ Expediente médico ☐ Documentación de respaldo

Si tiene preguntas sobre el proceso de apelación o necesita ayuda con respecto a esta certificación, puede llamar al número de asistencia del consumidor del Departamento de Seguros, (602) 364-2499 o 1 (800) 325-2548. Si tiene preguntas sobre el proceso de apelaciones o necesita ayuda con respecto a esta certificación, puede llamar al número de Asistencia al Consumidor del Departamento de Seguros (602) 364-2499 o 1 (800) 325-2548. También puede llamar a Humana al 1 (800) 901-1303.

Certifico, como proveedor que brinda tratamiento al paciente, que retrasar el cuidado del paciente durante el tiempo que se necesita para los procesos reconsideración informal y de apelación formal (alrededor de 60 días) es probable que cause un cambio negativo significativo en la afección médica del paciente en cuestión.

Firma del proveedor _____ Fecha _____

Envíe el formulario completado a la dirección que se indica arriba.