



Paquete informativo sobre el proceso de apelación de las aseguradoras de atención médica de AZ

LEA ATENTAMENTE LA INFORMACIÓN QUE CONTIENE ESTE PAQUETE Y CONSÉRVELA PARA FUTURAS CONSULTAS. REFERENCIA. CONTIENE INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE CÓMO APELAR DECISIONES ADVERSAS QUE TOMEMOS EN CUANTO A SU ATENCIÓN MÉDICA.

IMPORTANTE: EL PROCESO DE APELACIÓN ESTÁNDAR PARA TODOS LOS PLANES DEBE INCLUIR UN NIVEL DE REVISIÓN DE APELACIÓN INICIAL. PARA ALGUNOS PLANES PODEMOS OPTAR POR OFRECER UN SEGUNDO NIVEL INTERNO DE REVISIÓN DENOMINADO “APELACIÓN INTERNA VOLUNTARIA”. LA APELACIÓN INTERNA VOLUNTARIA Y CUALQUIER REFERENCIA A LA APELACIÓN INTERNA VOLUNTARIA EN ESTE PAQUETE **NO SE** APLICA A SU PLAN.

Debemos enviarle una copia de este paquete de información cuando reciba su póliza por primera vez y a petición suya o de su proveedor tratante, así como proporcionarle acceso a una copia de este paquete de información sobre apelaciones de atención médica en nuestro sitio web ambetter.azcompletehealth.com/resources/handbooks-forms/member-appeals. Cuando se renueve su cobertura de seguro, le enviaremos un recordatorio para que pueda solicitar otro ejemplar de este paquete. Basta con llamar al número de nuestro Servicio para afiliados/clientes que figura en la página “CONTACT US” (CONTÁCTENOS) de este paquete para solicitar un ejemplar adicional.

¿QUÉ LITIGIOS SON ELEGIBLES PARA EL PROCESO DE APELACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE ARIZONA?

Puede presentar una apelación cuando le notifiemos de una determinación adversa, lo que significa que un servicio solicitado, un reclamo de servicio o un rechazo, reducción o terminación de servicio, en su totalidad o en parte:

- No es médicamente necesario o apropiado, incluido el entorno de atención médica, el nivel de atención o la eficacia de un tratamiento o servicio.
- Es experimental o está en investigación.
- No es un servicio cubierto.

Una determinación adversa también incluye la cancelación de la póliza desde la fecha de entrada en vigor por un motivo distinto a la falta de pago de las primas, lo que se conoce como rescisión de la cobertura.

Los siguientes son ejemplos de litigios que no son elegibles para el proceso de apelación de atención médica de Arizona:

- No está de acuerdo con nuestra determinación del importe que pagamos por un servicio o tratamiento.
- No está de acuerdo con nuestra forma de coordinar los beneficios cuando tiene un seguro de salud con más de una aseguradora.
- No está de acuerdo con el importe de los costos compartidos (copagos y coseguro) o con el modo en que hemos aplicado sus reclamos o servicios al deducible de su plan.

Si está en desacuerdo con una decisión nuestra que no es apelable, póngase en contacto con nosotros al número que figura en la página “CONTACT US” (CONTÁCTENOS) de este paquete.

¿QUIÉN PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA O REPRESENTAR A UN AFILIADO?

Usted o el proveedor tratante pueden presentar una apelación en su nombre. Los siguientes representantes autorizados también pueden presentar una apelación en su nombre:

- El padre, la madre o el tutor legal.
- Una persona sustituta que está autorizada a tomar decisiones de atención médica en nombre del afiliado a través de un poder notarial, una orden judicial o las disposiciones de los Estatutos Revisados de Arizona (A.R.S.) § 36-3231.
- Un/a agente que sea mayor de edad y que tenga autoridad para tomar decisiones sobre tratamientos de atención médica en nombre del afiliado de acuerdo con un poder notarial de atención médica.

Si usted es la persona afiliada y desea presentar una apelación de atención médica, puede colaborar con el proveedor tratante para que le ayude con la información que necesita para fundamentar su apelación. En Arizona, la mayoría de las apelaciones relacionadas con la atención médica son presentadas por los proveedores tratantes.

HERRAMIENTAS PARA PRESENTAR UNA APELACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

En este paquete encontrará formularios que puede utilizar para su apelación. El Departamento de Seguros e Instituciones Financieras de Arizona (AZ DIFI) ha elaborado estos formularios para ayudar a los consumidores a presentar una apelación de atención médica. **No** es obligatorio que los utilice y **no podemos** rechazar su apelación si no los utiliza. Para presentar una apelación, puede llamarnos por teléfono o enviarnos una solicitud por escrito. Si necesita ayuda para presentar una apelación o tiene alguna pregunta sobre el proceso de apelación, póngase en contacto con nosotros al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación (ID) o en la página “CONTACT US” (CONTÁCTENOS) de este paquete.

Si tiene preguntas generales sobre las apelaciones de atención médica, puede ponerse en contacto con la Sección de Servicios al Consumidor del AZ DIFI llamando al (602) 364-3100 o visitando el sitio web del AZ DIFI en www.difi.az.gov.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE APELACIÓN

Existen dos tipos de plazos de apelación: una apelación acelerada, para casos urgentes, y una apelación estándar. Las apelaciones operan de manera similar, excepto que las apelaciones aceleradas se tramitan mucho más rápido debido al estado del paciente.

Las apelaciones se clasifican en función de la necesidad médica o de la cobertura. La designación afectará el modo en que nosotros y el AZ DIFI gestionamos el caso, así como los derechos que le corresponderán una vez finalizado el proceso de apelación de atención médica.

PLAZO ESTÁNDAR O PLAZO ACELERADO: ¿ES URGENTE?

Por lo general, una apelación estándar relativa a un servicio aún no prestado se completará en un plazo de 30 días.

Si su apelación es urgente, su médico tratante debe certificar y proporcionarnos documentación acreditativa de que el plazo para una revisión de apelación estándar provocaría un cambio negativo considerable en su estado. Al final de este paquete, hay un formulario de certificación de proveedores, pero **no** es obligatorio utilizarlo. Su proveedor también puede enviar una solicitud por escrito o crear un formulario con información similar. El proveedor tratante debe enviarnos la certificación y la documentación a través de la información que figura en la página “CONTACT US” (CONTÁCTENOS) de este paquete.

Determinaciones adversas elegibles para el proceso de apelación acelerada

A continuación, figura una lista no exhaustiva de determinaciones adversas que pueden acelerarse con la certificación de su proveedor:

- La denegación de un servicio de atención médica por considerarlo experimental o en fase de investigación.
- La denegación de un servicio de atención médica por el que un afiliado ha recibido servicios de emergencia, pero no ha sido dado de alta.
- La denegación, reducción o finalización de la cobertura en caso de admisión.
- La disponibilidad de atención.
- La hospitalización continua para recibir un tratamiento antes de que finalice el período de tiempo o el número de tratamientos recomendados por el proveedor tratante.
- La denegación de una autorización previa.

Si ya ha recibido el servicio o se trata de una rescisión de póliza, **no se puede** acelerar.

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN

- Su plan puede o no ofrecer un segundo nivel interno de revisión denominado “apelación interna voluntaria”. En la primera página de este paquete se indica si la apelación interna voluntaria se aplica a su plan.

- Dispone de dos años a partir de la fecha de una determinación adversa para iniciar el proceso de apelación de atención médica.
- Deben enviarnos directamente las solicitudes para todos los niveles de apelación de atención médica a través de la información que figura en la página “CONTACT US” (CONTÁCTENOS) de este paquete.
- Una apelación debe pasar primero por el nivel de apelación inicial y, si corresponde, por el nivel de apelación interna voluntaria o se debe renunciar al nivel o los niveles internos de revisión o estos deben considerarse agotados, antes de solicitar una revisión externa independiente, salvo que pueda iniciar simultáneamente una revisión externa independiente acelerada en cualquier nivel interno de revisión.
- Nosotros completamos los niveles de revisión de apelación inicial y apelación interna voluntaria, si corresponde, y de revisión médica acelerada y apelación acelerada. Para los niveles de revisión externa independiente y revisión externa independiente acelerada, enviamos la apelación al AZ DIFI.
- En cualquier momento podemos renunciar a los niveles internos de revisión y trasladar la apelación al nivel de revisión externa independiente.
- No existe un importe mínimo en dólares para que el valor de un reclamo o servicio sea elegible para el proceso de apelación de atención médica.
- Ni usted ni su proveedor tienen que pagar por ningún nivel de apelación.
- Es importante prestar atención a los plazos en cada nivel de revisión.
- Para los planes individuales y para los planes grupales que deciden no ofrecer un nivel de apelación interna voluntaria, existen dos niveles de apelación estándar:
 1. Apelación inicial.
 2. Revisión externa independiente.
- Para los planes grupales e individuales con derechos adquiridos que optan por ofrecer un nivel de apelación interna voluntaria, existen tres niveles de apelación estándar:
 1. Apelación inicial.
 2. Apelación interna voluntaria.
 3. Revisión externa independiente.
- Para todos los planes, existen tres niveles de apelación acelerada:
 1. Revisión médica acelerada.
 2. Apelación acelerada.
 3. Revisión externa independiente acelerada.

- Si la revisión externa independiente implica una necesidad médica, el AZ DIFI selecciona una Organización de Revisión Independiente (IRO) para llegar a la determinación, la cual es completamente independiente de nosotros. El revisor de la IRO será un proveedor que habitualmente gestiona la enfermedad que es el objeto de la apelación.
- Si la apelación está relacionada con la cobertura de un tratamiento o servicio en su póliza, el AZ DIFI es el revisor externo.

APELACIÓN ACELERADA PARA SERVICIOS REQUERIDOS CON URGENCIA AÚN NO PRESTADOS

Revisión médica acelerada

Puede obtener una revisión médica acelerada de una determinación adversa para un servicio que aún no se ha prestado si su proveedor tratante certifica por escrito y proporciona documentación acreditativa sobre la probabilidad de que el plazo para una apelación estándar ocasione un cambio negativo considerable en su condición médica. Al final de este paquete hay un formulario que puede utilizar el proveedor tratante, pero que **no** es obligatorio. Su proveedor también puede proporcionar una solicitud por escrito o crear un formulario con información similar. El proveedor tratante debe enviarnos la certificación y la documentación a través de la información que figura en la página “CONTACT US” (CONTÁCTENOS) de este paquete.

Tenemos 72 horas después de recibir la solicitud para decidir si debemos cambiar nuestra determinación y autorizar el servicio solicitado. Dentro de este plazo, debemos llamar y comunicarles a usted y al proveedor tratante nuestra determinación. También debemos enviarle una determinación por escrito.

Si anulamos nuestra determinación, autorizaremos el servicio y la apelación finalizará.

Si denegamos su apelación, nuestra carta de determinación explicará las razones de nuestra determinación y la información en la que nos basamos. Nuestra carta de determinación también incluirá instrucciones para los siguientes pasos en el proceso de apelación.

Podemos decidir en cualquier momento renunciar a los niveles de revisión médica acelerada y apelación acelerada y enviar su apelación al AZ DIFI para una revisión externa independiente acelerada.

Apelación acelerada

Si denegamos su revisión médica acelerada, puede solicitar una apelación acelerada. Después de recibir nuestra determinación sobre la revisión médica acelerada, su proveedor tratante debe enviarnos inmediatamente una solicitud de apelación por escrito utilizando la información que aparece en la página “CONTACT US” (CONTÁCTENOS) de este paquete. Para ayudar a su apelación, su proveedor también debe enviarnos cualquier información adicional que aún no haya enviado para demostrar por qué necesita el servicio solicitado.

Tenemos tres días hábiles después de recibir la solicitud para decidir si debemos cambiar nuestra determinación y autorizar el servicio solicitado. Dentro de este plazo, debemos llamar y comunicarles a usted y al proveedor tratante nuestra determinación. También debemos enviarle una determinación por escrito.

Si anulamos nuestra determinación, autorizaremos el servicio y la apelación finalizará.

Si denegamos su apelación, nuestra carta de determinación explicará las razones de nuestra determinación y la información en la que nos basamos. Nuestra carta de determinación también incluirá instrucciones para los siguientes pasos en el proceso de apelación.

Podemos decidir en cualquier momento renunciar al nivel de apelación acelerada y enviar su apelación al AZ DIFI para una revisión externa independiente acelerada.

Revisión externa independiente acelerada

A menos que renunciemos a los niveles de apelación de revisión médica acelerada o apelación acelerada y le enviemos su apelación a AZ DIFI para una revisión externa independiente acelerada, puede solicitar una revisión externa independiente acelerada solo después de haber completado una revisión médica acelerada y una apelación acelerada, o de forma simultánea en cualquier nivel de revisión interna. Tiene cuatro meses después de recibir una determinación adversa interna final para enviarnos por escrito su solicitud de revisión externa independiente acelerada. Si el tratamiento o servicio se considera experimental o en investigación, puede hacer una solicitud oral si el médico tratante certifica por escrito que el servicio o tratamiento solicitado tendría una eficacia significativamente menor si no se iniciara con prontitud. Envíenos su solicitud y cualquier información complementaria utilizando los datos que figuran en la página “CONTACT US” (CONTÁCTENOS) de este paquete.

Existen dos tipos de revisión externa independiente acelerada en función del asunto de su caso: necesidad médica o cobertura del contrato.

(A) Necesidad médica

Se trata de casos en los que decidimos no autorizar un servicio porque determinamos que el servicio que usted o el proveedor tratante solicitan no es médicamente necesario para tratar su condición. En los casos de necesidad médica, el revisor independiente es un proveedor contratado por una IRO, la cual es contratada por el AZ DIFI y no está relacionada con nuestra empresa. El revisor de la IRO debe ser un proveedor que normalmente se ocupa de la enfermedad objeto de revisión. Las apelaciones de necesidad médica están sujetas a los siguientes plazos:

- En el plazo de un día hábil desde la recepción de su solicitud, debemos hacer lo siguiente:
 1. Enviar un acuse de recibo por escrito de la solicitud de apelación al AZ DIFI, a usted y al proveedor tratante.
 2. Enviar al AZ DIFI todo lo siguiente:
 - a. La solicitud de revisión.
 - b. Su póliza, prueba de cobertura o documento similar.
 - c. Todos los registros médicos y documentación de respaldo que se usaron para llegar a nuestra determinación.
 - d. Un resumen de los temas pertinentes, incluida una declaración de nuestra determinación.
 - e. Los criterios utilizados y las razones clínicas de nuestra determinación.
 - f. Las partes pertinentes de nuestro lineamiento de revisión de la utilización.

- g. El nombre y las credenciales del proveedor de atención médica que revisó y confirmó la denegación en los niveles internos de revisión.
- En el plazo de dos días hábiles después de recibir la apelación, el AZ DIFI deberá enviar toda la información presentada a la IRO.
- En un plazo de 72 horas después de recibir la apelación, la IRO debe tomar una determinación y enviarla al AZ DIFI.
- En el plazo de un día hábil después de recibir la determinación de la IRO, el AZ DIFI debe enviar una notificación de la determinación a usted, a su proveedor tratante y a nosotros.

La determinación: si la IRO decide que debemos brindar el servicio, debemos autorizarlo. Si la IRO está de acuerdo con nuestra determinación de denegar el servicio, la apelación habrá concluido y su única opción posterior será interponer un reclamo ante el Tribunal Superior.

(B) Cobertura del contrato

Se trata de casos en los que denegamos la cobertura porque determinamos que el servicio solicitado no está cubierto por su póliza de seguro. En los casos de cobertura del contrato, el AZ DIFI es el revisor independiente. Las apelaciones de la cobertura del contrato están sujetas a los siguientes plazos:

- En el plazo de un día hábil desde la recepción de su solicitud, debemos hacer lo siguiente:
 1. Enviar un acuse de recibo por escrito de la solicitud al AZ DIFI, a usted y al proveedor tratante.
 2. Enviar al AZ DIFI todo lo siguiente:
 - a. La solicitud de revisión.
 - b. Su póliza, prueba de cobertura o documento similar.
 - c. Todos los registros médicos y documentación de respaldo que se usaron para llegar a nuestra determinación.
 - d. Un resumen de los temas pertinentes, incluida una declaración de nuestra determinación.
 - e. Los criterios utilizados y cualquier razón clínica de nuestra determinación.
 - f. Las partes pertinentes de nuestro lineamiento de revisión de la utilización.
- En un plazo de dos días hábiles después de recibir esta información, el AZ DIFI debe determinar si el servicio o el reclamo está cubierto por su póliza de seguro y enviar una notificación por escrito de la determinación a usted, a su proveedor tratante y a nosotros.

Remisión a una IRO para apelaciones de cobertura del contrato: es posible que el AZ DIFI no pueda determinar cuestiones de cobertura. Si esto ocurre, el AZ DIFI remitirá el caso a una IRO. La IRO tendrá 72 horas para tomar una determinación y enviarla al AZ DIFI. El AZ DIFI tendrá un día hábil después de recibir la determinación de la IRO para enviar el aviso de determinación a usted, a su proveedor tratante y a nosotros.

La determinación: si el AZ DIFI decide que debemos brindar el servicio o pagar el reclamo, debemos hacerlo. Si usted no está de acuerdo o nosotros no estamos de acuerdo con la determinación del AZ DIFI sobre un asunto de cobertura, tanto usted como nosotros podemos solicitar una audiencia con la Oficina de Audiencias Administrativas de Arizona (AZ OAH) mediante el envío de una solicitud al AZ DIFI en un plazo de 30 días después de recibir la determinación del AZ DIFI.

PROCESO DE APELACIÓN ESTÁNDAR PARA SERVICIOS NO URGENTES Y RECLAMOS DENEGADOS

Apelación inicial

Puede solicitar una apelación inicial de una determinación adversa si se cumplen todos los requisitos siguientes:

- Tiene cobertura con nosotros.
- Rechazamos su solicitud de un servicio o reclamo cubierto.
- Solicita una apelación en un plazo de dos años a partir de la fecha en que tomamos la determinación adversa.
- No cumple los requisitos para que se acelere su apelación.
- Envíe su solicitud utilizando la información que figura en la página “CONTACT US” (CONTÁCTENOS) de este paquete.

En cualquier momento podemos decidir renunciar a la revisión interna y enviar su apelación al AZ DIFI para una revisión externa independiente acelerada.

Antes de tomar una determinación adversa interna final que se base en información nueva o adicional que hayamos generado, debemos entregarle una copia de la nueva información y darle una oportunidad razonable de responder dentro de los plazos aplicables para que nosotros presentemos una determinación por escrito.

Determinación y plazos:

- Para los planes individuales y para los planes grupales o planes individuales con derechos adquiridos que optan por no ofrecer un nivel de apelación interna voluntaria disponemos de lo siguiente:
 - a. 30 días para tomar una determinación sobre un servicio aún no prestado.
 - b. 60 días para tomar una determinación sobre un servicio ya prestado.
- Para los planes grupales e individuales con derechos adquiridos que optan por ofrecer un nivel de apelación interna voluntaria, disponemos de lo siguiente:
 - a. 15 días para tomar una determinación sobre un servicio aún no prestado.
 - b. 30 días para tomar una determinación sobre un servicio ya prestado.

Debemos enviarles a usted y al proveedor tratante una carta de determinación por escrito dentro de los plazos arriba indicados.

Si anulamos nuestra determinación, autorizaremos el servicio o pagaremos el reclamo, y la apelación finalizará.

Si denegamos su apelación, nuestra carta de determinación explicará las razones de nuestra determinación y la información en la que nos basamos. Nuestra carta de determinación también incluirá instrucciones para los siguientes pasos en el proceso de apelación, sujetos a los siguientes plazos:

- Para los planes individuales y para los planes grupales que optan por no ofrecer un nivel de apelación interna voluntaria, dispone de 4 meses para solicitar una revisión externa independiente.
- Para los planes grupales y para los planes individuales con derechos adquiridos que optan por ofrecer un nivel de apelación interna voluntaria, dispone de 60 días para solicitar una apelación interna voluntaria.

Apelación interna voluntaria

Este nivel de apelación se aplica solo si usted tiene un plan grupal o un plan individual con derechos adquiridos, nosotros elegimos ofrecer este nivel de apelación y usted completó previamente una apelación inicial.

Usted o su proveedor tratante deben enviarnos una solicitud por escrito dentro de los 60 días posteriores a una determinación de apelación inicial para indicarnos que desea una apelación interna voluntaria. Para ayudarnos a tomar una determinación sobre su apelación, usted o su proveedor también deben enviarnos cualquier información adicional que no nos hayan enviado aún para demostrar por qué debemos autorizar el servicio solicitado o pagar el reclamo. Envíe su solicitud de apelación y la información correspondiente utilizando la información que figura en la página “CONTACT US” (CONTÁCTENOS) de este paquete.

En cualquier momento podemos decidir renunciar al nivel de apelación interna voluntaria y enviar su apelación al AZ DIFI para una revisión externa independiente acelerada.

Antes de tomar una determinación adversa interna final que se base en información nueva o adicional que hayamos generado, debemos entregarle una copia y darle una oportunidad razonable de responder dentro de los plazos aplicables para que nosotros presentemos una determinación por escrito.

Determinación y plazos:

- Tenemos 15 días para tomar una determinación sobre un servicio aún no prestado.
- Tenemos 30 días para tomar una determinación sobre un servicio ya prestado.

Si anulamos nuestra determinación, autorizaremos el servicio o pagaremos el reclamo, y la apelación finalizará.

Si denegamos su apelación, nuestra determinación explicará las razones de nuestra determinación y la información en la que nos basamos. Nuestra determinación también incluirá instrucciones para los siguientes pasos en el proceso de apelación. Tiene cuatro meses para apelar al nivel de revisión externa independiente.

Revisión externa independiente

Puede apelar al nivel de revisión externa independiente solo después de haber completado el nivel o los niveles internos de apelación. Tiene cuatro meses después de recibir una determinación adversa interna final para enviarnos por escrito su solicitud de apelación y cualquier información complementaria para una revisión externa independiente. Envíenos su solicitud utilizando la información que figura en la página “CONTACT US” (CONTÁCTENOS) de este paquete.

Este nivel de revisión también se aplica si decidimos renunciar al nivel o niveles internos de revisión.

Existen dos tipos de revisión externa independiente, en función de las cuestiones de su caso:
Necesidad médica o cobertura del contrato.

(A) Necesidad médica

Se trata de casos en los que decidimos no autorizar un servicio porque determinamos que el servicio que usted o el proveedor tratante solicitan no es médicamente necesario para tratar su condición. En los casos de necesidad médica, el revisor independiente es un proveedor contratado por una IRO, la cual es contratada por el AZ DIFI y no está relacionada con nuestra empresa. El revisor de la IRO debe ser un proveedor que normalmente se ocupa de la enfermedad objeto de revisión. Las apelaciones de necesidad médica están sujetas a los siguientes plazos:

- En el plazo de cinco días hábiles después de recibir su solicitud, debemos hacer lo siguiente:
 1. Enviar por correo un acuse de recibo por escrito de la solicitud al AZ DIFI, a usted y a su proveedor tratante. Este acuse de recibo debe incluir la notificación de que dispone de cinco días hábiles después de recibir la notificación para presentar cualquier prueba adicional por escrito al AZ DIFI para que sea considerada por el revisor externo. El AZ DIFI la remitirá a la IRO. Si proporciona información adicional después de los cinco días hábiles, la IRO puede o no tenerla en cuenta.
 2. Enviar al AZ DIFI todo lo siguiente:
 - a. La solicitud de revisión.
 - b. Su póliza, prueba de cobertura o documento similar.
 - c. Todos los registros médicos y la documentación de respaldo se utilizan para tomar nuestras determinaciones.
 - d. Un resumen de las cuestiones aplicables, incluida una declaración de nuestra determinación.
 - e. Los criterios utilizados y las razones clínicas de nuestra determinación.
 - f. Las partes pertinentes de nuestro lineamiento de revisión de la utilización.
 - g. El nombre y las credenciales del proveedor de atención médica que revisó y confirmó las determinaciones en la apelación inicial y, si corresponde, en el nivel de apelación interna voluntaria.
- En el plazo de cinco días hábiles después de recibir la apelación, el AZ DIFI deberá enviar toda la información presentada a una IRO.

- En un plazo de 21 días después de recibir la apelación, la IRO debe tomar una determinación por escrito y enviarla al AZ DIFI.
- En el plazo de cinco días hábiles después de recibir la determinación de la IRO, el AZ DIFI debe enviar una notificación por escrito de la determinación a usted, a su proveedor tratante y a nosotros.

La determinación: si la IRO decide que debemos brindar el servicio o pagar el reclamo, debemos autorizar el servicio o pagar el reclamo. Si la IRO está de acuerdo con nuestra determinación de denegar el servicio o el pago, la apelación habrá concluido y su única opción posterior será interponer un reclamo ante el Tribunal Superior.

(B) Cobertura del contrato

Se trata de casos en los que denegamos la cobertura porque determinamos que el servicio solicitado no está cubierto por su póliza de seguro. En los casos de cobertura del contrato, el AZ DIFI es el revisor independiente. Las apelaciones de la cobertura del contrato están sujetas a los siguientes plazos:

- En el plazo de cinco días hábiles después de recibir su solicitud, debemos hacer lo siguiente:
 1. Enviar un acuse de recibo por escrito de la solicitud al AZ DIFI, a usted y a su proveedor tratante.
 2. Enviar al AZ DIFI todo lo siguiente:
 - a. La solicitud de revisión.
 - b. Su póliza, prueba de cobertura o documento similar.
 - c. Todos los registros médicos y la documentación de respaldo se utilizan para tomar nuestras determinaciones.
 - d. Un resumen de las cuestiones aplicables, incluida una declaración de nuestra determinación.
 - e. Los criterios utilizados y las razones clínicas de nuestra determinación.
 - f. Las partes pertinentes de nuestro lineamiento de revisión de la utilización.
 - g. El nombre y las credenciales del proveedor de atención médica que revisó y confirmó las determinaciones en la apelación inicial y, si corresponde, en el nivel de apelación interna voluntaria.
- En un plazo de 15 días hábiles después de recibir esta información, el AZ DIFI debe determinar si el servicio o el reclamo está cubierto y enviar una notificación por escrito de la determinación a usted, a su proveedor tratante y a nosotros.

Remisión a una IRO para apelaciones de cobertura del contrato: es posible que el AZ DIFI no pueda determinar cuestiones de cobertura. Si esto ocurre, el AZ DIFI remitirá el caso a una IRO. La IRO tendrá 21 días para tomar una determinación y enviarla al AZ DIFI. El AZ DIFI tendrá cinco días hábiles después de recibir la determinación de la IRO para enviar el aviso de determinación a usted, a su proveedor tratante y a nosotros.

La determinación: si el AZ DIFI decide que debemos brindar el servicio o pagar el reclamo, debemos hacerlo. Si usted o nosotros no estamos de acuerdo con la determinación del AZ DIFI sobre un asunto de cobertura, tanto usted como nosotros podemos solicitar una audiencia con la AZ OAH mediante el envío de una solicitud al AZ DIFI en un plazo de 30 días después de recibir la determinación del AZ DIFI.

NOTAS SOBRE LAS ORGANIZACIONES INDEPENDIENTES DE REVISIÓN (IRO)

- El AZ DIFI contrata directamente a varias IRO. Cada una de ellas mantiene amplias listas con diversos tipos de especialidades de médicos y otros profesionales de atención médica autorizados.
- Ni el afiliado ni el proveedor deben pagar por ninguna parte del proceso de apelación. Si se recurre a los servicios de una IRO, el AZ DIFI se encarga de seleccionar y pagar a la IRO y posteriormente facturar a la aseguradora el reembolso una vez finalizada la apelación.
- La IRO comprobará que su revisor no tiene ningún conflicto de intereses con la aseguradora, el afiliado o el proveedor tratante, y que no participó en la determinación original de denegación ni en ninguna apelación anterior para el mismo afiliado.
- Ni usted ni nosotros nos comunicaremos con la IRO. La IRO completará su revisión utilizando la documentación incluida en su apelación.
- El revisor de la IRO será un proveedor que normalmente se ocupa de la enfermedad objeto de revisión.
- La determinación de la IRO es vinculante para todas las partes. Cualquier otra impugnación deberá tramitarse ante el Tribunal Superior.
- Aunque se determine que es médicamente necesario, ni la IRO, ni el AZ DIFI, ni el AZ OAH pueden ordenarle a una aseguradora que proporcione o pague un tratamiento o servicio que esté excluido en una póliza.

OBTENCIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

La ley de Arizona (A.R.S. § 12-2293) le permite pedir una copia de sus registros médicos. Su solicitud debe realizarse por escrito y debe especificar quién quiere que reciba los registros. El proveedor de atención médica que tenga su registro le proporcionará a usted o a la persona que usted indique una copia.

Persona encargada de tomar decisiones: si ha designado a una persona encargada de tomar decisiones sobre su atención médica, esa persona debe enviar una solicitud por escrito para acceder a sus registros médicos o a copias de estos. Los registros médicos se le deben entregar a la persona encargada de tomar decisiones sobre su atención médica o a una persona designada por escrito por la persona encargada de tomar decisiones sobre su atención médica, a menos que usted limite el acceso a sus registros médicos para que solo puedan acceder a ellos usted o la persona encargada de tomar decisiones sobre su atención médica.

Confidencialidad: los registros médicos divulgados conforme a la A.R.S. § 12-2293 permanecen de forma confidencial. Si participa en el proceso de apelación, las partes pertinentes de sus registros médicos solo podrán divulgarse a las personas autorizadas a participar en el proceso de revisión de la condición médica objeto de revisión. Estas personas no pueden divulgar su información médica a otras personas.

DOCUMENTACIÓN PARA UNA APELACIÓN

Si presenta una apelación, debe incluir cualquier justificación o documentación material. Si reúne nueva información durante el transcurso de su apelación, debe enviárnosla lo antes posible. También debe indicarnos la dirección y un número de teléfono o un correo electrónico a través de los cuales podamos ponernos en contacto con usted.

Si su apelación pasa a revisión externa, es posible que el AZ DIFI se ponga en contacto con usted por correo electrónico desde una dirección de correo electrónico genérica (hca@difi.az.gov). Si la apelación ya se encuentra en el nivel de revisión externa independiente, se le notificará por escrito que dispone de cinco días hábiles para enviar cualquier información adicional al AZ DIFI. Si presenta algo después del plazo de cinco días hábiles, no tiene por qué tenerse en cuenta en su apelación.

LA FUNCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SEGUROS E INSTITUCIONES FINANCIERAS DE ARIZONA (AZ DIFI)

La ley de Arizona exige que “todo afiliado que presente una queja ante el AZ DIFI en relación con una determinación adversa siga el proceso de revisión prescrito” por la ley (A.R.S. § 20-2533(F)). Esto significa que usted debe seguir el proceso de apelación de atención médica para todas las determinaciones adversas apelables antes de que el AZ DIFI pueda investigar una queja que usted pueda tener contra nuestra compañía basada en la determinación en cuestión en la apelación.

El proceso de apelación requiere que el AZ DIFI:

1. Supervise el proceso de apelaciones.
2. Mantenga copias de cada plan de revisión de utilización presentado por las aseguradoras.
3. Reciba, procese y tome medidas sobre las solicitudes de una aseguradora para una revisión externa independiente.
4. Haga cumplir las determinaciones de las aseguradoras.
5. Revise las determinaciones de las aseguradoras.
6. Envíe, cuando sea necesario, un registro de los procedimientos de una apelación al Tribunal Superior o a la AZ OAH.
7. Emita una determinación administrativa final sobre problemas de cobertura, incluida la notificación sobre el derecho a solicitar una audiencia ante la AZ OAH.

RECIBO DE DOCUMENTOS

Se considerará que todo documento escrito que se envíe por correo fue recibido por la persona a la que el documento va debidamente dirigido el quinto día hábil siguiente al envío. Por “debidamente dirigido” se entiende su última dirección postal conocida. Cualquier documento se podrá enviar alternativamente por vía electrónica cuando el afiliado haya optado por el envío electrónico.

CONTÁCTENOS
Ambetter from Arizona Complete Health



(888) 926-5057 (TTY 711)

<https://ambetter.azcompletehealth.com/resources/handbooks-forms/member-appeals.html>

ENVÍE SU REVISIÓN MÉDICA ACELERADA A:

Contacto médico: persona responsable del proyecto de revisión médica acelerada de gestión de la utilización	Contacto de la farmacia: persona responsable del triaje farmacéutico
Dirección postal: 1850 W. Rio Salado Pkwy, Suite 211 Tempe, AZ 85281	Dirección postal de la farmacia: 333 E. Wetmore Road Tucson, AZ 85705
Correo electrónico médico: AzCHPeerToPeer@azcompletehealth.com	Correo electrónico de la farmacia: AzCH.PharmacyLevel1Appeal@azcompletehealth.com
Fax médico: (833) 214-5522	Fax de la farmacia: (866) 256-6046
Llamada gratuita: Centro de contacto con el cliente (888) 926-5057 ext. 84657 TTY/TDD (888) 926-5180	Llamada gratuita: Centro de contacto con el cliente (888) 926-5057 ext. 6031278 TTY/TDD (888) 926-5180

PARA LA APELACIÓN ACELERADA, LA APELACIÓN ESTÁNDAR INICIAL Y LA REVISIÓN EXTERNA INDEPENDIENTE, ENVÍE SU APELACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA A:

Ambetter from Arizona Complete Health
Attention: Ambetter Appeals & Grievances
PO Box 10341
Van Nuys, CA 91410-0341

Fax: 877-615-7734
Correo electrónico: AzCHMarketplace2@azcompletehealth.com